**Checkliste für Institutsbesuch der Studierenden**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name (Student/in)** |  |
| **Adresse (in Budapest: Straße, Hausnummer)** |  |
| **Telefonnummer** |  |
| **E-mail Adresse** |  |
| **Geburtsdatum: Jahr, Monat, Tag** |  |
| **Fakultät/Jahrgang/Gruppe** |  |
| **Treten bei Ihnen folgende Symptome auf?**  Husten  Atemnot, Kurzatmigkeit  Fieber  Schüttelfrost  Muskelschmerzen  Halsschmerzen  Neu entwickelte Geschmacks- oder Geruchsstörung  Erbrechen, Durchfall | ........ja ☐ ............................... nein ☐  ........ja ☐ ............................... nein ☐  ........ja ☐ ............................... nein ☐  ........ja ☐ ............................... nein ☐  ........ja ☐ ............................... nein ☐  ........ja ☐ ............................... nein ☐  ........ja ☐ ............................... nein ☐  ........ja ☐ ............................... nein ☐ |
| Haben Sie in den 14 Tagen vor dem Auftreten der Symptome engen Kontakt zu einem möglichen oder bestätigten Coronavirus-Erkrankten gehabt?  Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage freiwillige Arbeit (Hilfdienst) außerhalb der Semmelweis Uni (Krankenhaus, Pflegeheim) gemacht? | ja ☐ nein ☐  ja ☐ nein ☐ |
| Bitte markieren Sie die für Sie zutreffende Erklärung**!**   1. Ich blieb während der gesamten Dauer des epidemiologischen Notfalls in Ungarn   oder bin seit mindestens 14 Tage in Ungarn ☐  oder   1. Ich habe einen negativen SARS-CoV-2-PCR-Befund, den ich (auf Papier) beim Eintritt präsentiere. ☐ | |
| Ich bin mir meiner strafrechtlichen Verantwortung bewusst und erkläre, dass die Daten korrekt sind. Ich erkenne die Regeln der Universität für den Besuch von Einrichtungen an (Tragen einer Gesichtsmaske, Sicherheitsabstand und Einhaltung der Hygienevorschriften) und akzeptiere sie als für mich verbindlich.  Datum:  Budapest, 2020. …………………………………….. ………………………………………………….  Unterschrift (Student/in) | |
|  | |