

Erklärung SARS/CoV2 von Studierenden - Praktikum P3A

Vorname:

Nachname:

Gruppe:

Versuch:

Datum:

Startzeit:

Ich möchte an dem oben genannten Praktikumstermin teilnehmen und bestätige hiermit, dass ich

- frei von Erkältungsanzeichen (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen), Atemnot, Geruchsverlust (z.B. angebranntes Essen nicht mehr wahrnehmbar) oder Geschmacksverlust (z.B. angebranntes Essen nicht mehr differenzierbar) in Zusammenhang mit Fieber ($\geq 38,0^\circ\text{C}$) bin,
- nicht unter behördlich angeordneter häuslicher Quarantäne stehe,
- innerhalb der letzten 14 Tage keinen Kontakt zu einem positiv getesteten COVID-19-Patienten hatte und
- bei Einreise in den letzten 10 Tagen aus einem Staat außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in den Freistaat Bayern gemäß der aktuell gültigen Einreise-Quarantäneverordnung (EQV)^{1 2} nicht mehr verpflichtet bin, mich für 10 Tage in häusliche Quarantäne zu begeben. Die Testung zur Verkürzung der Quarantäne darf frühestens fünf Tage nach der Einreise nach Deutschland vorgenommen worden sein.

Treten Symptome auf, ist eine Teilnahme erst möglich, wenn der Verdacht auf eine Infektion mit SARS-CoV2 ärztlicherseits aufgeklärt ist. Kann dadurch das Praktikum nicht vollständig absolviert werden, soll mit dem Praktikumsleiter Kontakt aufgenommen werden, um eine geeignete Lösung zu finden.

Ich habe zur Kenntnis genommen und versichere, dass ich

- ab Betreten des Praktikumsgebäudes durchgängig eine medizinische Gesichtsmaske (OP-Maske) oder FFP2-Maske zu tragen habe,
- jederzeit einen Mindestabstand von 1,5m zu anderen Personen (auch im Wartebereich) einzuhalten habe,
- den mir zugeordneten Versuchsplatz nur nach Erlaubnis des Betreuungspersonals kurzzeitig verlassen werde,
- und die allgemeinen Hygiene-Empfehlungen (z.B. Niesetikette, Händewaschen, etc.) zu befolgen habe.

Ein Verstoß gegen diese Regelungen und eine Missachtung von Anweisungen des Betreuungspersonals (insbesondere bzgl. Hygienemaßnahmen) kann zu einem jederzeitigen Ausschluss vom Praktikum führen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Regelungen gelesen und verstanden habe.

Datum: _____

Unterschrift: _____

¹<https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayEQV/true?AspxAutoDetectCookieSupport=1>

²https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html