**Kurzscreening COVID-19**

für Dozentinnen, Lehrkräfte, Auszubildende oder Seminar-Teilnehmende

**Allgemeine Angaben zur eigenen Person**

|  |  |
| --- | --- |
| Vor- und Nachname |       |
| Geburtsdatum |       |
| Adresse, Telefonnummer |       |
|  Dienststelle (Träger)incl. Kontaktperson bzw. Leitung der Einrichtung, Telefonnummer |       |
| Datum des Seminars: |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Haben sich innerhalb der letzten 14 Tagen eine der folgenden Symptome bei Ihnen gezeigt?** | nein  | ja |
| Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden  |   |  |
| Husten  |   |   |
| Atemnot  |   |   |
| Geschmacks- oder Geruchsverlust  |   |   |
| Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar  |   |   |
| Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar  |   |   |
| Fieber |  |  |
|  **Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt und gibt es deswegen eine Quarantäneanordnung?**  | nein | ja  |
| (nur wenn kein vollständiger Impfschutz oder eine Genesung nachgewiesen werden kann)**Wann wurde bei Ihnen ein Corona-Test durchgeführt?** | **Datum** | negativ | positiv |
| **Die allgemeinen Hygieneregeln habe ich zur Kenntnis genommen.** |  |

Datum, Unterschrift Teilnehmende

**Von der Dozentin, vom Dozenten auszufüllen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | nein  | ja  |
| vollständiger Impfschutz oder von CoViD 19 genesen, Impfdokumentation oder Genesenen-Nachweis wurde vorgelegt |   |   |
| Teilnahme ist möglich |  |  |

Datum, Unterschrift Dozentin oder Dozent \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_