**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_