



## Schriftliche Prüfung unter COVID-19-Bedingungen

### Selbsterklärung zum Gesundheitszustand des Prüflings

Hiermit erkläre ich,

1. dass ich keine Symptome habe, die auf eine Erkrankung mit COVID-19 hinweisen (zu möglichen Symptomen von COVID-19 gehören: Schnupfen, Halsschmerzen, Gliederschmerzen, Abgeschlagenheit, Husten, Kopfschmerzen, Fieber > 38°C, Schüttelfrost, Kurzatmigkeit)
2. keine Kontaktperson der Kategorie I (d.h. „enger Kontakt“) zu einem **bestätigten COVID-19-Fall** bin und aktuell nicht unter häuslicher Quarantäne stehe und
3. innerhalb der letzten drei Wochen nicht selber COVID-19-positiv getestet wurde.

Datum der Prüfung: \_\_\_\_\_

**Studiengang (bitte eindeutig ankreuzen!):**

- Humanmedizin
- Zahnmedizin
- Molekulare Medizin
- Translational Neuroscience
- Medizin im Nebenfach

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift