

Unterweisung zur Teilnahme an der Prüfung

Wiederholungsklausur Physik für Mediziner, 31.10.2020, 10:00

Hiermit versichere ich, dass ich

- nicht unter einer akuten respiratorischen / fiebrigen Erkrankung leide.
(Bei allergiebedingten Symptomen muss hierüber einen Nachweis erbracht werden, Allergiepass oder aktuelle Arztbescheinigung).
- in den letzten 14 Tagen wissentlich keinen Kontakt zu einer Person mit bestätigter SARS-CoV-2 Infektion hatte.
- nicht einer amtlichen Quarantäne unterliege.

Ich versichere vor Ort folgende Verhaltensregeln einzuhalten:

- **Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckungen in den Gebäuden der Goethe-Universität in den Verkehrsbereichen (dazu gehören u.a. Flure, Treppenhäuser, Aufzüge, Sanitäreanlagen) bis zur Einnahme eines festen Platzes in Veranstaltungsräumen.**
- **Abstand halten** (mindestens 1,5 Meter)
- **Einhalten der Husten- und Nies-Etikette**
- **Verzichten auf das Händeschütteln und engeren Körperkontakt**
- **Einhalten einer guten Händehygiene**
- **Es besteht das Risiko einer Kontaktinfektion! Daher beachten Sie bitte folgende Verhaltensweisen:**
 - **Vor und nach der Benutzung der Räumlichkeiten/Arbeitsplätze und Arbeitsmittel Hände waschen**
 - **Während des gesamten Aufenthaltes nicht ins Gesicht (Mund/Nase) fassen**
- **Es dürfen keine Gegenstände zwischen Personen entgegengenommen und anschließend weitergereicht werden**

Ich versichere, mich umgehend bei der Veranstaltungsleitung zu melden, wenn binnen fünf Tagen nach dem Veranstaltungstermin:

- Bei mir ein Corona-Test positiv ausgefallen ist.
- Bei mir Symptome einer SARS-CoV-2 Infektion auftreten UND ich auf ärztliche Anordnung zu einem Corona-Test bestellt werde.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass eine Teilnahme nicht empfohlen wird, wenn ich zu einer vom Robert-Koch-Institut beschriebenen Risikogruppe für einen schweren Krankheitsverlauf bei COVID-19 gehöre. Nach Unterweisung und schriftlicher Bestätigung dieses Sachverhaltes kann ich, in Kenntnis des möglichen Risikos für meine Gesundheit, freiwillig an der Veranstaltung teilnehmen.

Name, Vorname (ggf. Matrikelnummer):

Datum, Unterschrift:

Personendaten zur Prüfung

Wiederholungsklausur Physik für Mediziner, 31.10.2020 10:00

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefonnummer:

Diese Angaben dienen der Nachverfolgung von Infektionen und werden den Aufsichtsbehörden nur im Bedarfsfall übergeben.

Dieses Datenblatt wird einen Monat nach Ende der Prüfung vernichtet.