

Gesundheitserklärung / *Health declaration*

Name / *Name*: _____

Vorname / *First name*: _____

Matrikelnummer / *Student ID-number*: _____

Studiengang / *Study course*: _____

Hiermit bestätige ich durch meine Unterschrift von den Richtlinien der Universität Rostock für Studierende während SARS-Covid 19 Kenntnis genommen zu haben und verpflichte mich zu deren Einhaltung. Ich kann folgendes bestätigen:

With my signature I declare that I know Rostock Universities rules of SARS-Covid 19 for students and their strict observance. I confirm the following facts:

- Nicht positiv auf SARS-CoV-2 getestet oder als positiv eingestuft bis zum Nachweis eines negativen Tests
No positive test result of SARS-CoV-2
- Nicht vom Gesundheitsamt aus anderen Gründen (z. B. als Kontaktperson Kat. I) angeordnete Quarantäne
No prescribed quarantine from the public health department.
- Kein Aufenthalt in einem Risikogebiet (gemäß dem Robert-Koch-Institut) in den letzten zwei Wochen
No stay in the last two weeks in a risk area according Robert-Koch-Institute
- Kein begründeter Verdacht auf Krankheitssymptome (z.B. Fieber mit Temperatur ab 38°C, Husten, Störung des Geruchs- und / oder Geschmackssinns, Schnupfen (nur in Verbindung mit vorgenannter Symptomatik)) aufzuweisen, welche auf SARS-CoV-2 hinweisen
No symptoms of illness (e.g high temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$, cough, disorder of olfaction and / or sense of taste, rhinitis (only together with the mentioned symptoms)) which are reasonable suspicion towards SARS-CoV-2

Datum, Unterschrift

Die Daten werden im Rahmen der Kontaktverfolgung erhoben und nach vier Wochen vernichtet.