

Selbsterklärung zum Gesundheitszustand / *Self-declaration of health*

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.

I hereby declare:

1. *I do not have any symptoms indicating a SARS-CoV-2 infection (among possible symptoms of COVID-19 are: sniffles, coughing, sore throat, aching limbs, fatigue, headache, fever > 38°C, chills, shortage of breath).*
2. *I am not a category I contact person (i.e. "close contact") with a confirmed COVID-19 case and I am currently not under domestic quarantine.*
3. *I have not been tested positive for COVID-19 within the last three weeks.*

Datum der Prüfung / Date of examination

Name, Vorname in Druckbuchstaben / *Surname, first name in block letters*

Unterschrift / *Signature*