Datum: *(bitte ausfüllen)*

**Personendaten:**

Name: *(bitte ausfüllen)*

Telefonnummer: *(bitte ausfüllen)*

* Ich bitte um einen Anruf

E-Mail: *(bitte ausfüllen)*

Personalnummer: *(bitte ausfüllen)*

Fachbereich / Abteilung: *(bitte ausfüllen)* / Arbeitsgruppe: *(bitte ausfüllen)*

Vorgesetzte/r: *(bitte ausfüllen)*

**Freiwillige Auskunft zum Immunstatus:**

vollständig geimpft am: (bitte Datum der letzten Impfung eintragen)

geboostert am: (bitte Datum der Impfung eintragen)

genesen: (bitte Datum des positiven RT-PCR Tests eintragen)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Bei mir wurde ein SARS-CoV-2 Test veranlasst*Datum der Probennahme:* |
|  |  | aus Eigeninitiative |
|  |  | angeordnet vom Gesundheitsamt |
|  |  | durchgeführt vom Hausarzt oder in einem Testzentrum |
|  |  | auf Grund von Symptomen - *Datum des Symptombeginns:* |
|  |  | auf Grund von Kontakt zu einer infizierten Person |
|  |  | auf Grund von Reisebestimmungen |
|  | Das Testergebnis liegt vor - *Ergebnis:* |
|  |  | Antigen-Schnelltest |
|  |  | RT-PCR Test |
|  |  | Laien-Selbsttest |
|  |  | Antikörper Test |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Arbeiten können im Homeoffice / mobil durchgeführt werden |
|  | Ich habe eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eingereicht bis zum: (bitte ausfüllen) |
|  | Ich stehe aufgrund der Regelung des Bundeslandes meines Wohnorts unter amtlicher Absonderung bis zum: (bitte ausfüllen) |

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an

infektionsschutz@uni-frankfurt.de