

Selbsttesttagebuch für Studierende mit Genesenen- bzw. vollständigem Impfnachweis

Nach den Neuerungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) §28b, welches am 24.11.2021 in Kraft getreten ist, müssen sich auch vollständig geimpfte bzw. genesene Studierende im Krankenhaus regelmäßig (zweimal wöchentlich, Mo und Do empfohlen) auf SARS-CoV-2 testen. Dafür sind PCR-Tests, professionelle Antigentest oder Antigen-Selbsttests, die in der Häuslichkeit eigenverantwortlich durchgeführt und dokumentiert werden, möglich.

Wir bitten Sie, die Tests auf diesem Formular zu dokumentieren und dies mit sich zu führen. Die Kontrolle in der Präsenzlehre ohne Patientenkontakt erfolgt stichprobenartig. Bei patientennaher Präsenzlehre sind die Nachweise zur Testung dem Dozierenden unaufgefordert vor der Lehrveranstaltung vorzulegen. Für digitale Lehre ist keine Testung erforderlich. Sollte der Antigentest positiv ausfallen, nehmen Sie bitte umgehend mit dem Gesundheitsamt Kontakt auf und melden sich bei Ihrem verantwortlichen Koordinator im Studiendekanat ab. Bis zur Rückmeldung vom Gesundheitsamt ist Ihnen die Teilnahme an der weiteren Präsenzlehre untersagt.

Name, Vorname

Geburtsdatum

KW 48

Datum	Keine Präsenzlehre (keine Testung)	Präsenzlehre ohne Patientenkontakt	SARS-CoV-2 Selbsttest Ergebnis (häuslich)	SARS-CoV-2 beaufsichtigter Schnelltest (z.B. Testzentrum)	PCR-Testung (AMD/extern)
29.11.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
30.11.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
01.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
02.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
03.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Ich versichere hiermit, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift

KW 49

Datum	Keine Präsenzlehre (keine Testung)	Präsenzlehre ohne Patientenkontakt	SARS-CoV-2 Selbsttest Ergebnis (häuslich)	SARS-CoV-2 beaufsichtigter Schnelltest (z.B. Testzentrum)	PCR-Testung (AMD/extern)
06.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
07.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
08.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
09.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
10.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Ich versichere hiermit, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift

KW 50

Datum	Keine Präsenzlehre (keine Testung)	Präsenzlehre ohne Patientenkontakt	SARS-CoV-2 Selbsttest Ergebnis (häuslich)	SARS-CoV-2 beaufsichtigter Schnelltest (z.B. Testzentrum)	PCR-Testung (AMD/extern)
13.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
14.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
15.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
16.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
17.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Ich versichere hiermit, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift

KW 51

Datum	Keine Präsenzlehre (keine Testung)	Präsenzlehre ohne Patientenkontakt	SARS-CoV-2 Selbsttest Ergebnis (häuslich)	SARS-CoV-2 beaufsichtigter Schnelltest (z.B. Testzentrum)	PCR-Testung (AMD/extern)
20.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
21.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
22.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
23.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
24.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Ich versichere hiermit, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift

KW 52

Datum	Keine Präsenzlehre (keine Testung)	Präsenzlehre ohne Patientenkontakt	SARS-CoV-2 Selbsttest Ergebnis (häuslich)	SARS-CoV-2 beaufsichtigter Schnelltest (z.B. Testzentrum)	PCR-Testung (AMD/extern)
27.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
28.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
29.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
30.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
31.12.2021	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Ich versichere hiermit, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift

KW 1

Datum	Keine Präsenzlehre (keine Testung)	Präsenzlehre ohne Patientenkontakt	SARS-CoV-2 Selbsttest Ergebnis (häuslich)	SARS-CoV-2 beaufsichtigter Schnelltest (z.B. Testzentrum)	PCR-Testung (AMD/extern)
03.01.2022	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> positiv
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> negativ
04.01.2022	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> positiv
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> negativ
05.01.2022	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> positiv
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> negativ
06.01.2022	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> positiv
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> negativ
07.01.2022	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> positiv
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> negativ

Ich versichere hiermit, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift

KW 2

Datum	Keine Präsenzlehre (keine Testung)	Präsenzlehre ohne Patientenkontakt	SARS-CoV-2 Selbsttest Ergebnis (häuslich)	SARS-CoV-2 beaufsichtigter Schnelltest (z.B. Testzentrum)	PCR-Testung (AMD/extern)
10.01.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
11.01.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
12.01.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
13.01.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
14.01.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Ich versichere hiermit, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift

KW 3

Datum	Keine Präsenzlehre (keine Testung)	Präsenzlehre ohne Patientenkontakt	SARS-CoV-2 Selbsttest Ergebnis (häuslich)	SARS-CoV-2 beaufsichtigter Schnelltest (z.B. Testzentrum)	PCR-Testung (AMD/extern)
17.01.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
18.01.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
19.01.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
20.01.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
21.01.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Ich versichere hiermit, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift

KW 4

Datum	Keine Präsenzlehre (keine Testung)	Präsenzlehre ohne Patientenkontakt	SARS-CoV-2 Selbsttest Ergebnis (häuslich)	SARS-CoV-2 beaufsichtigter Schnelltest (z.B. Testzentrum)	PCR-Testung (AMD/extern)
24.01.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
25.01.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
26.01.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
27.01.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
28.01.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Ich versichere hiermit, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift

KW 5

Datum	Keine Präsenzlehre (keine Testung)	Präsenzlehre ohne Patientenkontakt	SARS-CoV-2 Selbsttest Ergebnis (häuslich)	SARS-CoV-2 beaufsichtigter Schnelltest (z.B. Testzentrum)	PCR-Testung (AMD/extern)
31.01.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
01.02.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
02.02.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
03.02.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
04.02.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Ich versichere hiermit, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift

KW 6

Datum	Keine Präsenzlehre (keine Testung)	Präsenzlehre ohne Patientenkontakt	SARS-CoV-2 Selbsttest Ergebnis (häuslich)	SARS-CoV-2 beaufsichtigter Schnelltest (z.B. Testzentrum)	PCR-Testung (AMD/extern)
07.02.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
08.02.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
09.02.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
10.02.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
11.02.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Ich versichere hiermit, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift

KW 7

Datum	Keine Präsenzlehre (keine Testung)	Präsenzlehre ohne Patientenkontakt	SARS-CoV-2 Selbsttest Ergebnis (häuslich)	SARS-CoV-2 beaufsichtigter Schnelltest (z.B. Testzentrum)	PCR-Testung (AMD/extern)
14.02.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
15.02.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
16.02.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
17.02.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
18.02.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Ich versichere hiermit, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift

KW 8

Datum	Keine Präsenzlehre (keine Testung)	Präsenzlehre ohne Patientenkontakt	SARS-CoV-2 Selbsttest Ergebnis (häuslich)	SARS-CoV-2 beaufsichtigter Schnelltest (z.B. Testzentrum)	PCR-Testung (AMD/extern)
21.02.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
22.02.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
23.02.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
24.02.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
25.02.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Ich versichere hiermit, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift

KW 9

Datum	Keine Präsenzlehre (keine Testung)	Präsenzlehre ohne Patientenkontakt	SARS-CoV-2 Selbsttest Ergebnis (häuslich)	SARS-CoV-2 beaufsichtigter Schnelltest (z.B. Testzentrum)	PCR-Testung (AMD/extern)
28.02.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
01.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
02.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
03.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
04.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Ich versichere hiermit, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift

KW 10

Datum	Keine Präsenzlehre (keine Testung)	Präsenzlehre ohne Patientenkontakt	SARS-CoV-2 Selbsttest Ergebnis (häuslich)	SARS-CoV-2 beaufsichtigter Schnelltest (z.B. Testzentrum)	PCR-Testung (AMD/extern)
07.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
08.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
09.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
10.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
11.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Ich versichere hiermit, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift

KW 11

Datum	Keine Präsenzlehre (keine Testung)	Präsenzlehre ohne Patientenkontakt	SARS-CoV-2 Selbsttest Ergebnis (häuslich)	SARS-CoV-2 beaufsichtigter Schnelltest (z.B. Testzentrum)	PCR-Testung (AMD/extern)
14.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
15.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
16.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
17.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
18.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Ich versichere hiermit, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift

KW 12

Datum	Keine Präsenzlehre (keine Testung)	Präsenzlehre ohne Patientenkontakt	SARS-CoV-2 Selbsttest Ergebnis (häuslich)	SARS-CoV-2 beaufsichtigter Schnelltest (z.B. Testzentrum)	PCR-Testung (AMD/extern)
21.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
22.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
23.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
24.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
25.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Ich versichere hiermit, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift

KW 13

Datum	Keine Präsenzlehre (keine Testung)	Präsenzlehre ohne Patientenkontakt	SARS-CoV-2 Selbsttest Ergebnis (häuslich)	SARS-CoV-2 beaufsichtigter Schnelltest (z.B. Testzentrum)	PCR-Testung (AMD/extern)
28.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
29.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
30.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
31.03.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
01.04.2022	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Ich versichere hiermit, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum, Unterschrift