



Bestätigung

- Ich habe das Hygienekonzept für Studierende der KH Freiburg zur Kenntnis genommen und werde dies befolgen.
- Ich bestätige, dass ich zurzeit keine Symptome einer COVID-19 Erkrankung (Fieber, trockenen Husten, Störung des Geschmacks- oder Geruchssinns) habe und keinen Kontakt zu einer aktuell an COVID-19 erkrankten Person hatte.
- Ich sichere zu, dass ich die KH Freiburg umgehend unter 0761-2001500 informieren werde, wenn innerhalb von 14 Tagen nach Kontakt zur Hochschule Symptome auftreten oder ein COVID-19 Nachweis bei mir erfolgt.

Vorname: _____

Nachname: _____

Datum: _____

Unterschrift