

SARS-CoV-2 Selbstauskunftsbogen

Name _____

Geburtsdatum _____ Telefonnummer _____

Im Unfallkrankenhaus Steiermark Standort Graz gilt die **3G-Regel als Zutrittsvoraussetzung**.
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

<p>GEIMPFT</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<ul style="list-style-type: none">• Impfstoffe mit zwei Impfdosen: 9 Monate nach Zweitimpfung• Impfstoffe mit einer Impfdosis: ab dem 22. Tag für 9 Monate nach Impfung <p><i>Nachweis: Impfpass, Impfkärtchen, Ausdruck aus e-Impfpass, Grüner Pass App</i></p>
<p>GETESTET</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<ul style="list-style-type: none">• Antigen-Selbsttest (behördlich erfasst) < 24 Stunden• Antigen-Test < 48 Stunden• PCR-Test < 72 Stunden <p><i>Nachweis: Testzertifikat</i></p>
<p>GENESEN</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<ul style="list-style-type: none">• Nach abgelaufener Infektion < 6 Monate• Nachweis neutralisierender Antikörper < 3 Monate <p><i>Nachweis: Absonderungsbescheid bzw. (Labor-)befund</i></p>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Datum _____ Unterschrift _____