

## SARS-CoV-2 Selbstauskunftsbogen

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Im Unfallkrankenhaus Steiermark, Standort Graz gilt die **3G-Regel als Zutrittsvoraussetzung**.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_