**Erklärungen im Zusammenhang mit einer Studienteilnahme an der Universität Salzburg während der Covid-19-Pandemie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Folgenden Symptome waren in den vergangenen zwei Wochen vorhanden (bitte ja/nein ankreuzen): | ja | nein |
| Fieber |  |  |
| Husten |  |  |
| Halsschmerzen |  |  |
| Kurzatmigkeit |  |  |
| Katarrh der oberen Atemwege |  |  |
| plötzlicher Verlust des Geschmacks-/Geruchssinnes |  |  |

* Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben zu diesen Symptomen.
* Ich bestätige, dass innerhalb der letzten zwei Wochen kein wissentlicher Kontakt mit an Covid-19 Erkrankten oder Kontaktpersonen der Kategorie I stattgefunden hat.
* Ich bin damit einverstanden, nach der Studienteilnahme bis zu 2 Mal (1 x pro Woche) via E-Mail kontaktiert zu werden, um mögliche neu aufgetretene Symptome zu erfragen.
* Ich verpflichte mich, mich bei dem/der Versuchsleiter/in zu melden, falls ich innerhalb der nächsten zwei Wochen positiv auf Covid-19 getestet oder als Kontaktpersonen der Kategorie I eingestuft werde.

[*Falls eine kontaktlose Temperaturmessung an der Stirn im Labor durchgeführt wurde:*

* Ich bestätige die Richtigkeit der bei mir gemessenen Temperatur von \_\_\_\_\_\_\_\_ Grad Celsius]

………………………………………………………………..

*(Unterschrift der Teilnehmerin / des Teilnehmers und Datum)*