

**Pädagogische Geschäftsführerin**

Christina Heinze  
Telefon: +49 391 8505-253

**Kaufmännischer Geschäftsführer**

Mike Drube

Bildungszentrum für Gesundheitsberufe  
Magdeburg gemeinnützige GmbH  
Pfeifferstraße 10  
39114 Magdeburg

Ihre Zeichen, Ihre Nachricht vom:      Unsere Zeichen:  
he-be

Datum:  
25.03.2020

## Ihre schriftliche Abschlussprüfung

Sehr geehrte \_\_\_\_\_,

aufgrund des § 32 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 10. Februar 2020 (BGBl. I S. 148), sind wir verpflichtet, Ihnen als Teilnehmerin an der schriftlichen Abschlussprüfung in der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheitsfragen zu stellen und uns diese schriftlich von Ihnen bestätigen zu lassen.

Aus diesem Grund bitten wir Sie, den beiliegenden Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen und senden diesen schnellstmöglich an das Bildungszentrum für Gesundheitsberufe zurück.

Basierend auf diesen Fragen bestätigen Sie, dass Sie die Voraussetzungen erfüllen, an der schriftlichen Abschlussprüfung in der Gesundheits- und Krankenpflege teilzunehmen. So tragen Sie maßgeblich dazu bei, das verbleibende Risiko für Sie und für Ihr Umfeld möglichst gering zu halten.

Sollten Sie Fragen mit „ja“ beantworten oder sich Ihr Gesundheitszustand in den nächsten Tagen ändern, wenden Sie sich bitte unverzüglich per Anruf oder E-Mail an uns. Wir werden dann eine individuelle Lösung für Sie finden.

An den Prüfungstagen werden wir Ihnen ausreichend Seife und Desinfektionsmittel zur Verfügung stellen. Der vorgeschriebene Mindestabstand wird eingehalten.

Mit freundlichen Grüßen



Christina Heinze  
Dipl.-Medizinpädagogin  
Schulleiterin



Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mail:

Ich habe mich in den letzten 2 Wochen NICHT in einem vom RKI ausgewiesenen Risikogebiet China, Iran, Korea oder den italienischen Regionen Emilia Romagna, Piemont, Lombardei, Venetien und Südtirol) aufgehalten.

Ja  Nein

Ich habe derzeit KEINE fieberhafte Erkrankung.

Ja  Nein

Ich habe derzeit KEINE Erkältungssymptome.

Ja  Nein

Ich hatte in den letzten 14 Tagen KEINEN Kontakt mit einer Person, die positiv auf den Corona Virus (COVID 19) getestet wurde.

Ja  Nein

Ich bestätige, die folgenden Empfehlungen während der schriftlichen Prüfung einzuhalten:

Ich vermeide engen Kontakt mit anderen Personen (inkl. Hände schütteln). Ich huste oder niese in ein Papiertaschentuch oder in meine Armbeuge. Ich wasche mir vor Eintritt in den Prüfungsraum gründlich die Hände.

Ja  Nein

Einverständniserklärung und Bestätigung:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die oben genannten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ich bestätige die Korrektheit meiner persönlichen Daten und meiner oben gegebenen Antworten.

Die persönlichen Daten werden aufgrund der „Zweiten Verordnung über Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 in Sachsen-Anhalt (Zweite SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung -2. SARS-CoV-2-EindV)“ des Landes Sachsen-Anhalt eingeholt und nur vom Bildungszentrum für Gesundheitsberufe genutzt, vier Wochen nach Beendigung der schriftlichen Prüfung aufbewahrt und nicht an Dritte weitergegeben. Sollte das Bildungszentrum durch ein Gesetz verpflichtet sein, dürfen meine persönlichen Daten an die zuständigen Behörden weitergegeben werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift