

---

## Ärztliche Bescheinigung

Am \_\_\_\_\_

erschien Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

in meiner Praxis.

Mir ist bekannt, dass die Hochschule Ravensburg-Weingarten die per Corona-Verordnung geforderten Schutzmaßnahmen und zusätzliche weitere Maßnahmen für Präsenz-Prüfungen im eigenen Hygieneplan umgesetzt hat. Dazu zählt u.a., dass:

- eine durchgängige Pflicht zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung für alle anwesenden Personen besteht
- ca. 2m Abstand zwischen den Arbeitsplätzen bei allen Prüfungen eingehalten werden
- die Prüfungen in Räumen mit ausreichender Belüftung (normalerweise technische Lüftung / Lüftungsanlage, alternativ Lüftungskonzept) durchgeführt werden
- durch organisatorische Maßnahmen sichergestellt ist, dass beim Einlass und Auslass die Mindestabstände eingehalten werden
- zwischen den Prüfungen eine Oberflächenreinigung stattfindet
- die Prüfungen vor Prüfungsbeginn ausgelegt werden, so dass durch das Verteilen keine Gefährdung entstehen kann
- im Rahmen des allgemeinen Hygienekonzeptes Handdesinfektionsmittel zur Verfügung steht und alle Räume regelmäßig gereinigt werden.

Unter Berücksichtigung dieser, mit dem arbeitsmedizinischen Dienst der Hochschule getroffenen Schutzmaßnahmen, komme ich nach eingehender Anamnese und Untersuchung zu dem Ergebnis, dass aufgrund gesundheitlicher Risiken durch den SARS-CoV-2-Virus zusätzliche Schutzmaßnahmen bei Präsenz-Prüfungen für den vorgenannten Patienten erforderlich sind:

- zusätzliche Abstände zu Platznachbarn
- permanentes Tragen einer FFP2-Maske ohne Ausatemventil
- gesonderter Raum mit deutlich größeren Abständen und sehr wenigen Kontaktpersonen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Für den Fall von Rückfragen durch den arbeitsmedizinischen Dienst der Hochschule stehe ich zur Verfügung und habe meinen Patienten informiert, dass ich hierfür von der Schweigepflicht entbunden bin. Die Rückfragen können u.a. zur Klärung der konkreten Notwendigkeit von Maßnahmen oder zur Weiterentwicklung des Hygienekonzepts der Hochschule erforderlich sein.

---

Ort, Datum, Name des Arztes (leserlich), Stempel, Unterschrift