

Quarantäne-Befreiung für Beschäftigte der UMG,**deren Tätigkeit für die Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit der Universitätsmedizin zwingend notwendig ist ***

*Bescheinigung zur Befreiung von der Absonderungspflicht nach § 1 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 5 der Verordnung der Landesregierung zu Quarantänemaßnahmen für Ein- und Rückreisende zur Bekämpfung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 in Mecklenburg-Vorpommern, für Beschäftigte der UMG deren Tätigkeit für die Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit der Universitätsmedizin zwingend notwendig ist bei Ein- oder Rückreise aus einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt nach Mecklenburg-Vorpommern einreisen oder darin ihren Wohnsitz haben, in dem in den letzten sieben Tagen vor der Einreise die Zahl der Neuinfektionen laut der Veröffentlichung des Robert Koch-Institut pro 100.000 Einwohner höher als 50 ist bei Einhaltung angemessener Schutz- und Hygienekonzepte auf Basis der Allgemeinverfügung des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit über die Gewährung von Befreiungen nach der SARS-CoV-2-Quarantäneverordnung vom 08. Oktober 2020.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Abteilung _____

Telefon (dienstl.) _____

Wohnort/Anschrift _____

Aufenthalt im Risikogebiet: _____ von/bis _____

Beschäftigte*r: Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass die Befreiung von der Absonderungspflicht die Einhaltung angemessener Schutz- und Hygienekonzepte im beruflichen und privaten Umfeld voraussetzt. Dies beinhaltet die strikte Umsetzung der Hygienemaßnahmen der UMG, und eine Testung auf SARS-COV-2 innerhalb von 10 Tagen nach Rückkehr. Hierzu melde ich mich bei der CORONA-Ambulanz.

Datum_____
Unterschrift Beschäftigte*r

Vorgesetzte*r/GB Personal: Hiermit wird bestätigt, dass die Tätigkeit der*s oben genannten Beschäftigte*n die Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit der Universitätsmedizin Greifswald im Sinne der Allgemeinverfügung zwingend notwendig ist. Daher sehen wir eine Befreiung von der Absonderungspflicht als gegeben an.

Datum_____
Unterschrift Vorgesetzte*r_____
Unterschrift GB Personal

Bitte vollständig ausgefüllt zur Unterzeichnung durch den GB Personal an
personal.klinikum@med.uni-greifswald.de senden!