

Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko



1. Personenbezogene Daten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail	
Turnstunde	

2. Bewertung des Kontaktrisikos

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2!	Ja	Nein
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall?		
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SRS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben:		
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tagen in einem, Corona-Notstandsgebiet? Wenn ja, bitte angeben, wann und wo:		

3. Bewertung der Symptome

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! Berücksichtigen Sie dabei den Zeitraum der letzten 14 Tage	Ja	Nein
Fieber		
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen		
Husten		
Atemnot		
Geschmacks- und/oder Riechstörungen		
Halsschmerzen		
Schnupfen		
Durchfall		

Sollte eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, ist die Teilnahme am Training nicht möglich. Konsultieren Sie bitte dringend einen Arzt!

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Athleten
 (bzw. bei Minderjährigen eines Erziehungsberechtigten):