Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko





Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Adresse			
Telefon			
E-Mail			
Sportart/Abteilung			
Kontaktrisiko-Evalu	uation		
Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2 (Zutreffendes bitte ankreuzen).		Ja	Nein
Hatten Sie Kontakt z innerhalb der letzten	u einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall 14 Tage?		
	angenheit die Anordnung einer behördlichen		
	mmenhang mit SARS-CoV-2? n des Ablaufs der Anordnung angeben:		
	der letzten 14 Tage außerhalb Ihres ortes? Wenn ja, bitte aufführen wann/wo?		

Symptome-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen	Ja	Nein
Symptomatik (bitte berücksichtigen Sie die letzten 14 Tage)		
Fieber		
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen		
Husten		
Dyspnoe (Atemnot)		
Geschmacks- und/oder Riechstörungen		
Halsschmerzen		
Rhinitis (Schnupfen)		
Diarrhoe (Durchfall		

Sollte eine der Fragen mit "Ja" beantwortet werden, darf eine Teilnahme am Training erst nach ärztlicher Rücksprache (wieder) erfolgen.