

Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

Erhebung personenbezogener Daten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Trainingsgruppe	

Risiko-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV 2	Ja	Nein
Haben Sie Vorerkrankungen, die nach Definition des RKI einen Risikofaktor darstellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb Ihres gemeldeten Heimatortes? Wenn ja, bitte aufführen wann/wo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Symptome Evaluation

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

Sollte eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, darf eine Teilnahme erst nach ärztlicher Rücksprache erfolgen. Sollten sich Änderungen zu den hier getroffenen persönlichen Angaben ergeben, ist dies dem Verein/der Übungsleitung ebenfalls mitzuteilen.

Der/die Trainingsteilnehmer*in bestätigt mit seiner/ihrer Unterschrift die Richtigkeit der Angaben sowie die Aushändigung, Anerkennung und Beachtung des Hygienekonzepts.

Datum

Unterschrift/bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten