

Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

1. Personenbezogene Daten:

(bitte in Blockschrift schreiben)

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Verein	

2. Kontaktrisiko Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2

	Ja	Nein
Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tagen?		
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Falls ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben:		
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb Ihres gemeldeten Heimatortes und/ oder Trainingsortes? Falls ja, bitte aufführen wann und wo?		

3. Symptomevaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik (bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten 14 Tage)

	Ja	Nein
Allgemeines Krankheitsgefühl		
Diarrhoe (Durchfall)		
Fieber		
Kopf-und Gliederschmerzen		
Husten Dyspnoe (Atemnot)		
Geschmacks-und / oder Riechstörungen		
Halsschmerzen		
Rhinitis (Schnupfen)		

Sollten Sie eine der Fragen mit "Ja" beantwortet haben, dürfen Sie nicht an der Veranstaltung teilnehmen und es muss ein Arzt kontaktiert werden

Ort, Datum

Unterschrift