

1. Personenbezogene Daten

Vorname, Name:

Straße/HNr.:

PLZ/Ort:

Email:

Telefon/Mobil:

Sportart:

Trainingsort/stätte:

1. Kontaktrisiko-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARSCoV-2	Ja	Nein
Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tagen? *1		
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Falls ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben:		
*1 Liegt für o.g. Punkt ein negativer Testbefund auf das SARS-Cov-2 Virus vor?		

2. Symptomevaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten 14 Tage)	Ja	Nein
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 keine Teilnahme am Training erfolgen.

Datum:

Unterschrift: