

Bestätigung der Teilnehmer zur Risikoeinschätzung



Name:

Liebe Trainingsteilnehmer*innen,

aufgrund des aktuellen Ausbruchgeschehens mit COVID-19 in Europa möchten wir unsere Aktiven bestmöglich schützen. Wir möchten euch bitten, uns dabei zu unterstützen und die folgenden Fragen zu beantworten. Dieses Formblatt ist zum jeweiligen Training unterschrieben vorzulegen. Bitte ankreuzen, bei Unsicherheiten bitte offenlassen. Sollte eine der Fragen mit „JA“ beantwortet werden, muss einer der zuständigen Medizinpartner oder der Hausarzt kontaktiert werden! Bei minderjährigen Teilnehmern ist die Unterschrift der Erziehungsberechtigten erforderlich.

		ja	nein
1.	Hattest du Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tagen?		
2.	Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben: _____		
3.	Warst du innerhalb der letzten 14 Tage in einem ausgewiesenen Risikogebiet für Corona-Infektionen aufgehalten? Wenn ja, bitte aufführen wann und wo:		
	Bitte beantworte die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtige den Zeitraum der letzten 14 Tage)		
4.	Fieber		
5.	Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen		
6.	Husten		
7.	Dyspnoe (Atemnot)		
8.	Geschmacks- und/oder Riechstörungen		
9.	Halsschmerzen		
10.	Rhinitis (Schnupfen)		
11.	Diarrhoe (Durchfall)		
12.	Gehörst du zu einer sogenannten Risikogruppe?		

Datum:

Unterschrift: