

Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

1. Personenbezogene Daten

Name
Vorname
Geburtsdatum
Adresse
Telefon (mobil)
Mail
Termin Trainingsmaßnahme

2. Kontaktrisiko-Evaluation

Bitte beantworte die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2	Ja	Nein
Bist Du in den vergangenen 2 Tagen positiv auf SARS-CoV-2 getestet worden?		
Hattest Du 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? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben: _____		

3. Symptomevaluation

Bitte beantworte die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtige 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)		

Lindau, den _____

Unterschrift

(bei minderjährigen Personen die eines
Erziehungsberechtigten)