

# Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko



Personenbezogene Daten	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Verein	

Kontaktrisiko-Evaluation	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? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben: _____		
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage in einer Region mit einer erhöhten Anzahl an positiven Corona-Fällen? Wenn ja, bitte aufführen wann und wo: _____		

Symptomevaluation	Ja	Nein
Bitte beantworte die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik der letzten 14 Tage		
Fieber		
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen		
(Trockener) Husten		
Dyspnoe (Atemnot)		
Geschmacks- und/oder Riechstörungen		
Halsschmerzen		
Kopfschmerzen		
Rhinitis (Schnupfen)		
Übermäßiges Kältegefühl		
Diarrhoe (Durchfall)		

Sollte eine Frage mit „Ja“ beantwortet werden, darf nicht am Spiel-/Trainingsbetrieb teilgenommen werden.

Hiermit willige ich ein, dass die meine Person betreffenden Daten aufbewahrt und im Fall eines Kontaktes mit einer betroffenen Person oder bei einer Infizierung meiner Person mit dem Corona-Virus an die zuständigen Gesundheitsbehörden weitergegeben werden dürfen.

Oelde, den \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift