

## Fragebogen SARS-COV-2

### Kontaktrisiko und Symptom-Evaluation



Datum: \_\_\_\_\_

#### Teilnehmerdaten:

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Mannschaft: \_\_\_\_\_

Gab es in der Familie Krankheitssymptome wie Fieber, Husten, Halsschmerzen & Atemnot in den letzten Tagen?

Ja                       Nein

Hatte der Sportler/ die Sportlerin Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tage?

Ja                       Nein

Alle Fragen sind vor jeder Trainingseinheit erneut zu prüfen.  
Wird eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet, ist die Teilnahme am Training nicht möglich.

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass sobald eine der Fragen im Verlauf der nächsten Wochen mit „Ja“ beantwortet werden müsste, die Trainer/ der Verein umgehend informiert werden.  
Eine Teilnahme am Training ist dann nicht mehr möglich und muss medizinisch abgeklärt werden.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer

\*Bei Minderjährigen erfolgt die Unterschrift durch den Erziehungsberechtigten