

Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

1. Personenbezogene Daten

| |
|----------------------------------|
| Name |
| Vorname |
| Geburtsdatum |
| Adresse (Heimat) |
| Adresse (aktueller Trainingsort) |
| Telefon (mobil) |
| Mail |
| Sportart |
| Kaderstatus |

2. Kontaktrisiko-Evaluation

| Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2 | 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 außerhalb Ihres gemeldeten Heimatortes und/oder Trainingsortes? Wenn ja, bitte aufführen wann und wo: | | |

3. 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, muss ein Arzt kontaktiert werden!