

Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

Personenbezogene Daten (Daten werden nicht gespeichert)

Name
Vorname
Geburtsdatum
Adresse
Telefon
E-Mail
Abteilung

Kontaktrisiko-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontakt-risikos mit SARS CoV-2	Ja	Nein
Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall?		
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 für Sie oder eine andere in Ihrem Haushalt lebende Person? Wenn ja bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben.		
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tag in einem vom RKI ausgewiesenen SARS-CoV-2 Risikogebiet		

Symptome-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik (bitte berücksichtigen Sie die letzten 14 Tage)	Ja	Nein
Fieber (über 38°C)		
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- Gliederschmerzen		
Trockener Husten (keine chronische Erkrankung wie z.B. Asthma)		
Geschmacks- und Riechstörungen		

Sollte eine der Fragen mit "Ja" beantwortet werden, darf eine Teilnahme erst nach ärztlicher Rücksprache bzw. einem negativen Testergebnis (nicht älter als 14 Tage) erfolgen.

Hiermit bestätige ich, dass meine Tochter/mein Sohn beim Auftreten eines der obigen Symptome, bei Verdacht auf eine Infektion mit SARS-CoV 2 oder bei Kontakt mit einer infizierten Person dem Trainingsbetrieb fern bleibt und dass dies, sowie jede Änderung der obigen Angaben umgehend an die zuständigen Trainer gemeldet wird.

Das beigefügte Infoschreiben mit dem Konzept zur Wiederaufnahme des Trainingsbetriebes, unter Berücksichtigung der aktuellen Pandemieverordnung, habe ich gelesen und bestätige, dass wir (Turner/in sowie Begleitpersonen welche diese zur Turnstunde bringen) uns daran halten werden.

Datum

Unterschrift

Anhang: Infoschreiben Wiederaufnahme Training, Umgang mit Krankheits- und Erkältungssymptomen