

Fragebogen SARS-CoV2 Kontaktrisiko und Symptomevaluation

Personenbezogene Daten
Name
Vorname
Geburtsdatum
Adresse
Telefon (mobil) Telefon (zu Hause)
E-Mail (eigene) E-Mail (Eltern)
mitfahrende Personen (Fahrgemeinschaft) zum und vom Training

Bitte beantworte die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2	
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben: _____	Trainingsteilnahme nur nach Ablauf der Anordnung (+1 Tag) möglich
Hattest Du in den letzten 2 Wochen einen Aufenthalt in den nach RKI definierten Risikogebieten * oder hattest Du in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die an COVID-19 erkrankt ist?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bitte beantworte die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik (bitte berücksichtige den Zeitraum der letzten 14 Tage)	
Fieber	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Husten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Dyspnoe (Atemnot)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Geschmacks- und/oder Riechstörungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Rhinitis (Schnupfen)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Diarrhoe (Durchfall)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Ort / Datum: _____

Unterschrift Teilnehmer*in DFB-Stützpunkttraining: _____

Unterschrift erziehungsberechtigte Person: _____
(bei Minderjährigen)

*https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete.html

Datenschutzhinweis:
Ihre personenbezogenen Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen verwendet.