

FRAGEBOGEN

SARS-COV2-RISIKO



1. PERSONENBEZOGENE DATEN

Name:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Telefon/Handy-Nr.:	
E-Mail-Adresse:	
Datum/Uhrzeit:	

2. KONTAKTRISIKO-EVALUATION

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontakttrisikos mit SARS-CoV-2	JA	NEIN
Hatten sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2-Fall innerhalb der letzten 14 Tage?		
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben:		
Gehören Sie einer Risikogruppe an (Adipositas, Diabetes mellitus, Schwangerschaft, Krebserkrankungen, Immunschwäche, Coronare Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Suchterkrankungen, Asthma bronchiale etc.)? Wenn ja, welcher:		
Sollte einer dieser Fragen mit „JA“ beantwortet werden, ist Rücksprache mit dem zuständigen Arzt zu halten.		

3. SYMPTOMEVALUATION

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! Bitte dabei den Zeitraum der letzten 14 Tage berücksichtigen!

	JA	NEIN
Fieber		
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen		
Husten		
Dyspnoe (Atemnot)		
Geschmacks- und/oder Riechstörungen		
Halsschmerzen		
Rhinitis (Schnupfen)		
Diarrhoe (Durchfall)		

Sollte einer dieser Fragen mit „JA“ beantwortet werden, ist eine Trainingsteilnahme nicht möglich!

DATUM: -----

ORT: -----

UNTERSCHRIFT: -----

DANKE FÜR EURE MITHILFE

JÜRGEN, VINCENT UND DAS SPORTSTUDIO SCHORN TEAM