

Symptomfragebogen

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 einer der zuständigen Medizinpartner kontaktiert werden!