



## Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

### 1. Personenbezogene Daten

Name
Vorname
Geburtsdatum
Wohnort/Meldeadresse
Veranstaltung und Datum
Telefon (mobil)
Mail
Sportart <input type="checkbox"/> Laufen <input type="checkbox"/> Triathlon <input type="checkbox"/> Rad <input type="checkbox"/> Walking <input type="checkbox"/> Nordic-Walking <input type="checkbox"/> Athletik-Training/Gymnastik

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

eigenhändige Unterschrift



## 2. Kontaktrisiko-Erhebung

Bitte beantworte die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2	Ja	Nein
Hattest Du 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?  Falls ja, bitte Datum des Ablaufs der Quarantäne angeben: _____		

## 3. Symptom-Erhebung

Bitte beantworte die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtige 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)		

**Wenn Du eine der Fragen mit „JA“ beantwortet hast:**

- 1. Bitte kontaktiere sofort Deinen Arzt!**
- 2. Keine Teilnahme an der Veranstaltung!**
- 3. Kein Kontakt mit Trainingspartnern!**

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

eigenhändige Unterschrift