

Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

Erhebung personenbezogener Daten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
Email	
Sportart/Abteilung	

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 Tage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage in einem Risikogebiet? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Symptome-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik	Ja	Nein
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- u. Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- und/oder Riechstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollenallergische Reaktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift

Gem. DSGVO handelt es sich hierbei um freiwillige Angaben. Dieser Bogen wird nach Ablauf von 4 Wochen geschreddert.