



Fragebogen COVID 19

Name:	
Vorname:	
Gruppe:	
Adresse:	
Telefon mobil:	
Mail:	

Kontaktrisiko-Evaluation	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, Datum des Ablaufs der Anordnung:		
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage in einem Risikogebiet Wenn ja, bis wann und wo:		

Symptomevaluation (Bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten 14 Tage)	Ja	Nein
Fieber		
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen		
Trockener Husten		
Atemnot (Dyspnoe)		
Geschmacks- und/oder Riechstörungen		
Halsschmerzen		
Kopfschmerzen		
Schnupfen (Rhinitis)		
Übermäßiges Kältegefühl		
Durchfall (Diarrhoe)		

Die Symptome von Covid-19 sind eher unspezifisch und können auch u. a. bei einer Grippe auftreten. Dennoch sollte auch bei einem milden Verlauf bzw. Anzeichen eines dieser Symptome auf die Teilnahme am Trainingsbetrieb verzichtet werden. Gegebenenfalls sollten die örtlichen Anlaufstellen kontaktiert werden (Gesundheitsämter, hausärztliche Praxen etc.).

Sollte eine der Fragen auf dieser Seite mit Ja beantwortet werden, verzichte bitte auf die Teilnahme am Trainingsbetrieb, (Ausnahme: Frage 2 und der Ablauf des Quarantänebeschlusses liegt mindestens 14 Tage zurück). Kontaktiere gegebenenfalls die örtlichen Anlaufstellen (Gesundheitsämter, hausärztliche Praxen etc.)

Einverständniserklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass – falls bei mir Covid-19 Symptomen erkannt werden - Vertreter des TVB diese Informationen an das Gesundheitsamt weiterleiten dürfen.

Datum

Unterschrift