



Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

1. Personenbezogene Daten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Heimatadresse	
Telefonnummer (Festnetz)	
Telefonnummer (Mobil)	
Mailadresse	
Sportart	
Trainingsgruppe	
Trainer/in	
Datum	

Bitte auch die Rückseite ausfüllen!



2. Kontaktrisiko-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2	Ja	Nein
Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall?		
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablauf der Anordnung angeben: _____		
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tagen außerhalb Ihres gemeldeten Heimortes? 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		
Trockener Husten		
Geschmacks- und Geruchsstörungen		
Halsschmerzen		
Schnupfen		
Durchfall		