



Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

1. Personenbezogene Daten

Name
Vorname
Geburtsdatum
Adresse (Heimat)
Telefon (mobil)
Mail
Trainingstag
Uhrzeit

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: _____		
Gehören Sie einer Risikogruppe an (Adipositas, Diabetes mellitus, Schwangerschaft, Krebserkrankungen, Immunschwäche, Coronare Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Suchterkrankungen, Asthma bronchiale etc.), wen ja, welcher: _____		

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 der Nr. 3 mit „JA“ beantwortet werden, ist eine Trainingsteilnahme nicht möglich!
Sollte sich mein Gesundheitszustand oder der Gesundheitszustand meines Kindes bezüglich mir auf diesem Fragebogen gemachten Angaben in irgendeiner Weise ändern, dann verpflichte ich mich den Vorstand des Kickboxvereins Erding sofort darüber zu informieren.

Ort:

Datum;

Unterschrift:

Bei Jugendlichen unter 18 Jahren die Eltern