

Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

1. Personenbezogene Daten

Name
Vorname
Adresse
Telefon (mobil)

2. Kontaktrisiko-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2	Ja	Nein
Haben Sie Symptome, die aus SARS-CoV-2 hindeuten (Fieber, allg. Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen, Husten, Atemnot, Geschmacks- und/oder Riechstörungen, Halsschmerzen, Schnupfen, Durchfall)		
Hatten Sie 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? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben: _____		
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb Ihres gemeldeten Heimatortes und/oder Trainingsortes? Wenn ja, bitte aufführen wann und wo: _____		

Wenn Sie eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, nehmen Sie bitte vom Betreten des Stadions Abstand und setzen sich mit dem Wettkampfleiter in Verbindung.

Ich bestätige, dass die obige Erklärung vollständig und richtig ist. Außerdem bestätige ich das Veranstaltungs- und Hygienekonzept gelesen zu haben.

Datum: _____

Unterschrift: _____