

Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

1. Personenbezogene Daten

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Adresse (Heimat)	<input type="text"/>
Trainingsort/-stätte	<input type="text"/>
Telefon (mobil)	<input type="text"/>
Mail	<input type="text"/>
Verein	<input type="text"/>
Sportart	<input type="text"/>
Kaderstatus	<input type="text"/>

2. Kontakrisiko 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit <small>Falls ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben</small> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Symptomevaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! <small>(bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten 14 Tage)</small>	Ja	Nein
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyspnoe (Atemnot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- und/oder Riechstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhinitis (Schnupfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhoe (Durchfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sollte eine der Fragen mit „JA“ beantwortet werden, darf nicht trainiert werden und es muss ein Arzt kontaktiert werden!

Stand 10.09.2020