

Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

1. Personenbezogene Daten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse (Heimat)	
Adresse (aktueller Trainingsort)	
Telefon (mobil)	
Mail	
Sportart	
Kaderstatus	

2. Kontaktisiko-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontakttrisikos 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: _____		
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage in einem vom RKI (Robert Koch Institut) ausgewiesenem Risikogebiet? 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		
Husten		
Dyspnoe (Atemnot)		
Geschmacks- und/oder Riechstörungen		
Halsschmerzen		
Rhinitis (Schnupfen)		
Diarrhoe (Durchfall)		

Sollte eine der Fragen mit „JA“ beantwortet werden, muss einer der zuständigen Ausrichter/Rennarzt kontaktiert werden!