

## Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

*Sollten sich Änderungen zu den hier getroffenen persönlichen Angaben ergeben, ist dies dem Verein/der Übungsleitung bitte mitzuteilen.*

### Erhebung personenbezogener Daten

<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Sportart/Abteilung</b>	

### Risiko-Evaluation

<i>Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2</i>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Haben Sie Vorerkrankungen, die nach Definition des RKI einen Risikofaktor darstellen? <i>Vorerkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems chronische Lungenerkrankungen chronische Lebererkrankungen Patienten mit Diabetes mellitus Patienten mit einer Krebserkrankung Patienten mit geschwächtem Immunsystem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb Ihres gemeldeten Heimatortes? Wenn ja, bitte aufführen wann/wo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Symptome-Evaluation

<i>Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtigen Sie die letzten 14 Tage)</i>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
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 eine Teilnahme erst nach ärztlicher Rücksprache erfolgen. Wir appellieren außerdem zur Eigenverantwortung falls sie der Risikogruppe angehören oder Kontakt mit dieser haben und zur Beachtung der Hygiene- und Abstandsregeln.*