

4. Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

Erhebung personenbezogener Daten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Sportart/Abteilung	

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Symptome-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtigen Sie die letzten 14 Tage)	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 eine Teilnahme erst nach ärztlicher Rücksprache wieder erfolgen.

Ich erkläre hiermit, dass ich bei einer Änderung der Angaben oder bei Auftreten von Symptomen auch nach dem Training, dem verantwortlichen Ansprechpartner Bescheid gebe.

Datum _____ Name _____ Unterschrift _____

Datenschutzrechtlicher Hinweis: Diese Daten werden auf Anweisung der Gesundheitsbehörde erhoben und dienen allein der Nachverfolgung etwaiger Infektionsketten (Art.6.Abs.1 lit. c,f und Art.9 Abs. 2lit. i. DSGVO iVm § 22Abs. 1 Nr. 1 lit. C. BDSG) Sie werden ausschließlich zu diesem Zweck verarbeitet und unverzüglich nach Zweckerreichung vernichtet