



Medizinischer Fragebogen für Veranstaltungsteilnehmer/innen

Mit dem ausfüllen dieses Fragebogens erklären Sie sich bereit, dass die beinhaltenen Daten mit dem Zweck zur Minimierung des Infektionsrisikos mit COVID-19 ausgewertet und bis 14 Tage nach der Maßnahme gespeichert werden.

Personenbezogene Daten

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse		
Telefon	E-Mail	
Wohnsituation (leben Sie mit weiteren Personen, die an der Veranstaltung teilnehmen, in einem gemeinsamen Haushalt? Wenn ja, geben Sie bitte Namen und Telefonnummer an.)		

Kontaktrisiko-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2.

	Ja	Nein
Hatten Sie Kontakt zu 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 anführen wann und wo:		



Symptomevaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik
(Zeitraum der letzten 14 Tage)

	Ja	Nein
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen		
Fieber		
Husten		
Dyspnoe (Atemnot)		
Geschmacks- und/oder Geruchsstörungen		
Halsschmerzen		
Rhinitis (Schnupfen)		
Diarrhoe (Durchfall)		
Sind Allergien bekannt? Wenn ja, bitte anführen:		

Ort, Datum

Unterschrift

Bei Minderjährigen
Unterschrift Erziehungs-
berechtigter