TSV 1960 Herbertshofen e. V.

Ulrichstr. 20

86405 Herbertshofen

**TSV 1960 Herbertshofen e. V.**

**Fragebogen SARS-COV-2 Risiko – Kontaktrisiko und Symptom-Evaluation**

Abteilung/Kurs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Grundsätzlich ist die Teilnahme erst ab dem 10. Lebensjahr möglich!**

TSV 1960 Herbertshofen e. V.

Ulrichstr. 20

86405 Herbertshofen

|  |
| --- |
| **Bitte beantworte die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2** |
| Hattest du ungeschützten Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tage? | ja | nein |
| Liegt eines der unten genannten Symptome in Deinem Haushalt vor? | ja | nein |
| Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben: |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bitte beantworte die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtige 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, ist die Teilnahme am Training nicht möglich und muss medizinisch abgeklärt werden! (gilt für Spieler und Trainer)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Teilnehmer/Erziehungsberechtigter Unterschrift Übungsleiter