**Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko**

# Personenbezogene Daten

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

1. **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? |  |  |
| 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 aufführen wann und wo: |  |  |
| Nahmen Sie innerhalb der letzten 14 Tage bei einem Wettkampf mit veränderten Durchführungsrichtlinien in Bezug auf Abstand- und Kontaktbeschränkungen gegenüber der gültigen Landesverordnung teil?  Wenn ja, bitte aufführen wann und wo |  |  |
| Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage in einem Trainingslehrgang, bei dem die Hygienerichtlinien nicht mit den aktuellen Landesverordnungen übereinstimmten.  Wenn ja, bitte aufführen wann und wo: |  |  |

1. **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 Medizinpartner kontaktiert werden!**

Zudem erklären Sie hiermit, dass Sie das aktuelle Allgemeine Hygienekonzept für den Leistungssport des DBS sowie der Veranstaltung gelesen und verstanden haben und befolgen werden.

Sie erklären sich damit einverstanden, dass in Bezug auf eine mögliche Ansteckung mit Corona und den daraus möglicherweise resultierenden

Folgeerkrankungen Sie auf eigenes Risiko an dieser Veranstalten teilnehmen.

Datum: Unterschrift: