

# Fragebogen Sars--CoV-2 Risiko



## TV Jahn Plettenberg

**Erhebung personenbezogener Daten** (bitte leserlich und in Blockbuchstaben ausfüllen):

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefonnummer	
Handynummer	
E- Mail	

### **Kontaktrisiko- Evaluation SARS-CoV-2 Risiko**

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 Tage?	<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"/>

### **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, dürfen Sie am Vereinssport erst nach ärztlicher Rücksprache mit Ihrem Hausarzt wieder teilnehmen. **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes sind unverzüglich anzugeben an [corona@jahn-plettenberg.de](mailto:corona@jahn-plettenberg.de).** Mit Ihrer Unterschrift geben Sie Ihr Einverständnis zur Ermöglichung einer Kontaktpersonennachverfolgung bezüglich SARS-CoV-2.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift