

WIEDEREINSTIEG INS VEREINSBASIERTE SPORTTREIBEN



Sportgruppe:

Leitung:

Trainingszeit:

4. Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

Erhebung personenbezogener Daten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Sportart/Abteilung	

Risiko-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2	Ja	Nein
Haben Sie Vorerkrankungen, die nach Definition des RKI einen Risikofaktor darstellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tagen?	<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"/>
Waren sie in den letzten 14 Tagen im Ausland oder in einem Landkreis, der die gesetzliche Vorgabe von 50 Infizierten pro 100000 Einwohnern überschritten hat? Wenn ja, bitte aufführen wann/wo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Symptome-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktueller 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 erfolgen. Sollten sich Änderungen zu den hier getroffenen persönlichen Angaben ergeben, ist dies dem Verein/der Übungsleitung ebenfalls mitzuteilen.

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Bedingungen der aktuellen Corona-Bekämpfungsverordnung des Landes Rheinland-Pfalz sowie die aktuellen vereinspezifischen Corona-Regeln einzuhalten. Ich wurde über die Abstands- und Hygienevorschriften informiert. Ich nehme nur bei vollkommener Gesundheit am Training teil, Änderungen bzgl. des obigen Fragebogens (personenbezogene Daten, Risiko- und Symptom-Evaluation) teile ich der Leitung unmittelbar mit. Das Training in festen Kleingruppen erfolgt auf eigene Gefahr, da trotz Einhalten der Bestimmungen ein Restrisiko einer Infektion nicht auszuschließen ist. Bei einer Erkrankung an Covid-19 informiere ich umgehend die Leitung, um Infektionsketten schnellstmöglich zu unterbrechen.

Ort, Datum, Unterschrift