

Erhebung von personenbezogener Daten zur Teilnahme am Training während der Corona-Beschränkungen

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
Email	
Trainingsgruppe	

Kontaktrisiko-Evaluation

Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tage?	Ja / Nein
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Ja / Nein	Ja / Nein
Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben:	

Symptom-Evaluation

Fieber	Ja / Nein
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen	Ja / Nein
Husten	Ja / Nein
Dyspnoe (Atemnot)	Ja / Nein
Geschmacks- und/oder Riechstörung	Ja / Nein
Halsschmerzen	Ja / Nein
Rhinitis (Schnupfen)	Ja / Nein
Diarrhoe (Durchfall)	Ja / Nein

Ort, Datum

Unterschrift (evtl. des Erziehungsberechtigten)