



Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

1. Personenbezogene Daten

Name:
Vorname:
Adresse:
Telefon:

2. Symptomevaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik!
(bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten 14 Tage)

Fieber	JA / NEIN
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen Husten	JA / NEIN
Dyspnoe (Atemnot)	JA / NEIN
Geschmacks- und/oder Riechstörungen	JA / NEIN
Halsschmerzen	JA / NEIN
Rhinitis (Schnupfen)	JA / NEIN
Diarrhoe (Durchfall)	JA / NEIN

Sollte eine der Fragen mit „JA“ beantwortet werden, empfiehlt es sich einen Mediziner zu kontaktieren! Ein erscheinen beim Training ist nicht statthaft!

Datum

Unterschrift
(ggf. Erziehungsberechtigte)