



Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens erklären Sie sich bereit, dass die beinhaltenen Daten zum Zweck der Nachverfolgung einer möglichen Infektionskette bei Ansteckung mit Covid-19 ausgewertet und gespeichert werden und diese bei Anfragen oder Verdacht einer Erkrankung an die zuständigen Behörden weitergeleitet werden.

| | | |
|--|-----------|-------------|
| 1. Einverständniserklärung der gesammelten Daten: | | |
| Ich erkläre freiwillig am Trainingsbetrieb teilzunehmen: | JA | NEIN |
| Ich habe den Leitfaden des TVO für die Teilnahme am Sport in Gruppen gelesen und erkenne die Bedingungen an: | JA | NEIN |
| Ich erkläre über die Hygienevorschriften belehrt worden zu sein und erkenne sie | JA | NEIN |
| Ich bin bereit regelmäßig Auskünfte über meinen Gesundheitszustand (Fieber, Atemprobleme, Husten etc.) zu geben: | JA | NEIN |

Bitte füllen Sie das Formular in gut leserlichen Druckbuchstaben aus!

| | | |
|---|---------------|---------------------|
| 1. Daten zur Person (Alle Felder sind Pflichtfelder) | | |
| Name: | Vorname: | Telefon oder Mobil: |
| | | |
| E-Mail-Adresse: | Geburtsdatum: | |
| | | |
| Straße, PLZ, Wohnort: | | |
| | | |



2. Evaluation zum Kontaktrisiko

Bitte beantworten Sie die Fragen zur besseren Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2

Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall?

JA NEIN

Bestand in der Vergangenheit die Anforderung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2-?

JA NEIN Ablaufdatum der angeordneten Quarantäne:

Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb Ihres gemeldeten Heimatortes?

(Bei „Ja“, bitte Datum und Ort eintragen)

JA NEIN Datum: Ort:

3. Symptom-Evaluation:

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik!

Bitte berücksichtigen Sie die letzten 14 Tage

| | JA | NEIN |
|------------------------------|----|------|
| Allgemeines Krankheitsgefühl | | |
| Fieber | | |
| Husten | | |
| Kopf- oder Gliederschmerzen | | |
| Dyspnoe (Atemnot) | | |
| Halsschmerzen | | |
| Rhinitis (Schnupfen) | | |
| Diarrhoe (Durchfall) | | |

Sollte eine der Fragen bei der Symptom Evaluation mit „Ja“ beantwortet werden, darf eine Teilnahme erst nach einer ärztlichen Rücksprache wieder erfolgen.

| | | |
|--------|------------------------|--------------------------------|
| Datum: | Unterschrift Mitglied: | Unterschrift Trainer/Betreuer: |
|--------|------------------------|--------------------------------|