



# Turn- und Sportverein 1896 Meersburg e.V.

## Erhebung personenbezogener Daten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Sportart/Abteilung	

## Kontaktrisiko-Evaluation

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 Tagen?	<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, darf eine Teilnahme erst nach ärztlicher Rücksprache wieder erfolgen.

**Desinfektionsmitteln dürfen beim Teilnehmer keine allergischen Reaktionen oder Unverträglichkeiten auslösen.**

Geplante Trainingszeit von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

Trainingsdatum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

(Teilnehmer/Erziehungsberechtigter)

Bitte füllen Sie die Vorlage unmittelbar vor Trainingsbeginn zu Hause aus und legen Sie das unterzeichnete Formular dem zuständigen Übungsleiter unaufgefordert vor. Vielen Dank.