

Gesundheits-Check-Liste zum SARS-CoV-2-Risiko

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Telefon:	
E-Mail:	
Sportgruppe:	
Übungsleiter/in:	

Kontaktrisiko:

Bitte beantworten!	Ja	Nein
Bestand innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoB-2-Fall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit dem SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum angeben: _____._____.2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden innerhalb der letzten 14 Tage andere als die Landkreise Holzminden oder Hameln/Pyrmont aufgesucht? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Symptome:

Bitte beantworten! Die Fragen beziehen sich auf die vergangenen 14 Tage!	Ja	Nein
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopf- und Gliederschmerzen, allgemeines Krankheitsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungewöhnliche Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- oder Riechstörungen, Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die obenstehenden Angaben behalten solange ihre Gültigkeit, bis ich sie aktualisiere. Die Daten verbleiben beim ÜbungsleiterIn bzw. beim Vereins-Sportwart. Sie werden nur dann an behördliche Einrichtungen weitergegeben, wenn sie im Falle eines Ansteckungsverdachts von entsprechender Stelle angefordert werden. Die Daten unterliegen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Ich bestätige die obenstehenden Angaben mit meiner Unterschrift. Bei Minderjährigen ist die Unterschrift eines Elternteils erforderlich.

Unterschrift

Hehlen, _____._____.2020