

Selbstauskunft Schutzmaßnahme SARS-CoV-2

1. Personenbezogene Daten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefon	

2. Kontaktrisiko-Evaluation

Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tagen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben:	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage in einem Risikogebiet unterwegs? Wenn ja, bitte aufführen wann und wo:	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

3. Symptom-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten 14 Tage)	Ja	Nein
Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeines Unwohlsein, Gelenkschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dyspnoe (Atemnot)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschmacks- oder/und Riechstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halsschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rhinitis (Schnupfen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diarrhoe (Durchfall)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sollte eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, ist eine Teilnahme am Turnier nur mit negativem Covid-19-Test möglich.

Datum und Unterschrift: _____