

Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko



1. Personenbezogene Daten

| | |
|----------------------------------|--|
| Kalenderwoche: | |
| Datum: | |
| Name: | |
| Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |
| Adresse (Heimat): | |
| Adresse (aktueller Trainingsort) | |
| Telefon (mobil): | |
| Mail: | |
| Sportart: | |
| Kaderstatus: | |

| 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? | | |
| Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben: _____ | | |
| Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb Ihres gemeldeten Heimatortes und/oder Trainingsortes? Wenn ja, bitte aufführen wann und wo: _____ | | |

2. Symptomevaluation

| Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten | Ja | Nein |
|---|----|------|
| Fieber | | |
| Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen | | |
| Husten | | |
| Dyspnoe (Atemnot) | | |
| Geschmacks- und/oder Riechstörungen | | |
| Halsschmerzen | | |
| Rhinitis (Schnupfen) | | |
| Diarrhoe (Durchfall) | | |

Sollte eine der Fragen mit „JA“ beantwortet werden, muss einer der zuständigen Medizinpartner der Olympiastützpunkte kontaktiert werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____