**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. Symptomevalution**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten 14 Tagen)** | 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:**