

## Medizinischer Fragebogen für TeilnehmerInnen

Mit dem ausfüllen dieses Fragebogens erklären Sie sich bereit, dass die beinhalteten Daten mit dem Zweck zur Minimierung des Infektionsrisikos mit COVID-19 ausgewertet und bis 14 Tage nach der Maßnahme gespeichert werden.

### Personenbezogene Daten

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Adresse</b>		
<b>Telefon</b>	<b>Mail</b>	
<b>Wohnsituation</b> (leben Sie mit weiteren Personen in einem gemeinsamen Haushalt? Wenn ja, geben Sie bitte Name und Telefonnummer an.)		

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

### Symptomevaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik (Zeitraum der letzten 14 Tage).

	Ja	Nein
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen		
Fieber		
Husten		
Dyspnoe (Atemnot)		
Geschmacks- und/oder Geruchsstörungen		
Halsschmerzen		
Rhinitis (Schnupfen)		
Diarrhoe (Durchfall)		
Sind Allergien bekannt? <i>Wenn ja, bitte anführen:</i>		

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift