



Mannschaft:

Name:

1. Hattest du Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tage?  
( ) ja - ( ) nein

2. Warst du innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb deines gemeldeten Heimatortes/Arbeitsplatzes? Wenn ja, bitte aufführen wann und wo:

Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

3. Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben:

Datum: \_\_\_\_\_

4. Gehörst du zur Risikogruppe bzw. ist jemand aus deiner Familie Angehöriger der Risikogruppe?

5. Bitte beantworte die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik. Hier bitte auch den Zeitraum der letzten 14 Tage berücksichtigen:

Fieber: ( ) ja - ( ) nein

Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf und Gliederschmerzen: ( ) ja - ( ) nein

Husten: ( ) ja - ( ) nein

Atemnot: ( ) ja - ( ) nein

Geschmacks- und/oder Riechstörungen: ( ) ja - ( ) nein

Halsschmerzen: ( ) ja - ( ) nein

Schnupfen: ( ) ja - ( ) nein

Durchfall: ( ) ja - ( ) nein

Bitte die entsprechende Klammer ( ) mit einem „x“ versehen.