

Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko – Aktive Kat. II

(z.B. Schiedsrichter*innen*, Kampfrichter*innen, Beobachter, Helfer*innen u.a.)

1. Personenbezogene Daten

Name, Vorname
Adresse
Geburtsdatum
Telefon / Mobil
Mail

2. Kontaktrisiko-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARSCoV-2	Ja	Nein
Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb Ihres gemeldeten Heimatortes und/oder Trainingsortes? Wenn ja, bitte aufführen wann und wo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahmen Sie innerhalb der letzten 14 Tage bei einem Wettkampf mit veränderten Durchführungsrichtlinien in Bezug auf Abstand- und Kontaktbeschränkungen gegenüber der gültigen Landesverordnung teil? Wenn ja, bitte aufführen wann und wo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Symptomevaluation

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

4. Erklärung

Zudem erklären Sie auf oben genanntem Vordruck, dass Sie in Bezug auf eine mögliche Ansteckung mit Corona und den daraus möglicherweise resultierenden Folgeerkrankungen auf eigenes Risiko am Spielbetrieb der Fachsparte Wasserball im DSV teilnehmen.

Sollte eine der vorherigen Fragen mit JA beantwortet werden, muss der/die Hygienebeauftragte des Vereins und der/die Hygienebeauftragte des DSV in der Sportart Wasserball kontaktiert werden.

Ich bin im Kfz angereist:

Bei mehreren Personen nennen Sie diese:

.....

.....

.....

.....

Während der gesamten Anreise habe ich eine FFP2-Maske getragen:

Ich bestätige, die o.g. Angaben vollständig und korrekt gemacht zu haben:

.....

Datum

.....

Ort

.....
Unterschrift