



## Einschätzung des Infektionsrisikos

Name:

Telefonnummer:

Adresse:

Bitte beantworte die Fragen zur Einschätzung des Infektionsrisikos	Ja	Nein
Hattest Du direkten Kontakt zu einer Person mit positivem Testergebnis auf SARS-CoV-2? Ggf. Name/n, (ca.) Kontaktdatum:		
Bestand für Dich direkt die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Ggf. Daten von-bis angeben:		
Wurde bei Dir ein Abstrich-Test auf SARS-CoV-2 durchgeführt (Ergebnis +/-)? Ggf. Datum/Daten und Ergebnis:		
Hattest Du selbst Symptome? Ggf. Allgemeinsymptome/Fieber/Verlust Geschmacksinn/Geruchsinnc etc. Ggf. Lunge/Atmen/Pneumonie etc. Ggf. Herz/Myokarditisverdacht etc.		
Sind bereits ärztliche Untersuchungen auf SARS CoV-2 erfolgt? Ggf. Kontaktdaten		
Leidest du aktuell unter Symptomen, die einem grippalen Infekt ähneln? Wie z.B. Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Fieber, Kurzatmigkeit, Atemnot, Durchfall, Schüttelfrost, Übelkeit, Kopfschmerzen, Schüttelfrost, Schwindel		

**Eine Beteiligung am Vereinstraining darf nur erfolgen, wenn mind. zwei Tage vor dem Training keine der o.g. Symptome aufgetreten sind.**

Datum

Unterschrift SpielerIn

Unterschrift Erziehungsberechtigte/(r)

(bei Spielern unter 18 Jahren)