

Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

Personenbezogene Daten:

Name
Vorname
Geburtsdatum
Adresse
Telefon
E-Mail
Anreisetag
Abreisetag

Hiermit bestätige ich, dass ... *

- ich innerhalb der letzten 14 Tage keinen Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall hatte.
- ich in der Vergangenheit keine Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 hatte.
Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben: _____
- ich innerhalb der letzten 14 Tage nicht außerhalb meines gemeldeten Heimatortes und/oder Trainingsortes war.
Wenn ja, bitte aufführen wann und wo: _____
- ich innerhalb der letzten 14 Tage keine der folgenden klinischen Symptome hatte:
 - Fieber
 - Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen
 - Husten
 - Dyspnoe (Atemnot)
 - Geschmacks- und/oder Riechstörungen
 - Halsschmerzen
 - Rhinitis (Schnupfen)
 - Diarrhoe (Durchfall)

*Bei Nicht-Bestätigung kann eine Teilnahme an dem Turnier nicht erfolgen!

Ich bestätige, dass meine Angaben korrekt sind und die Beantwortung der Fragen wahrheitsgemäß erfolgt ist!

Ort, Datum

Unterschrift
