



Evaluation SARS-CoV-2

Name: _____

Adresse: _____

Tel.Nr.: _____ E-Mail: _____

Bitte beantworte die Fragen zur Einschätzung des Infektionsrisikos.	Ja	Nein
Hattest Du direkten Kontakt zu einer Person mit einem positiven Testergebnis auf SARS-CoV-2? Ggfs. Namen: _____ Kontaktdatum: ca. _____		
Bestand für <u>D</u> ich direkt die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? ggfs. Datum, von bis angeben: _____		
Wurde bei Dir ein Abstrich-Test auf SARS-CoV-2 durchgeführt? Ergebnis: <input type="checkbox"/> positiv/ <input type="checkbox"/> negativ Datum: _____ Daten und Ergebnis: _____		
Hattest Du selbst Symptome? Allgemeinsymptome/Fieber/Geschmack/Geruch/etc. Lunge/Atmen/Pneumonie Herz/Myokarditisverdacht?		
Sind bereits ärztliche Untersuchungen auf SARS-CoV-2 erfolgt? Kontaktdaten: _____		
Datum der letzten sportmedizinischen Untersuchung (wo)? _____		

Eine Beteiligung am Auswahl-/Vereinstraining darf nur erfolgen, wenn mind. 2 Tage vor dem Training/Wettkampf **keine** der o.g. Symptome aufgetreten sind.

Unterschrift Spieler

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)
(bei Spielern unter 18 Jahren)