

3TT Gesundheitserklärung

1. Personenbezogene Daten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon (Mobil)

Mail (optional)

Verein

2. Kontaktrisiko-Evaluierung

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2

Ja

Nein

Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tage?

Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2?

Falls ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben:

3. Symptomevaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten 14 Tage)

Ja

Nein

Fieber

Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen

Husten

Dyspnoe (Atemnot)

Geschmacks- und/oder Riechstörungen

Halsschmerzen

Rhinitis (Schnupfen)

Diarrhoe (Durchfall)

Sollte eine der Fragen mit „JA“ beantwortet werden, darf am Wettkampf nicht teilgenommen werden und es muss ein Arzt kontaktiert werden.

08.11.2020

Datum

Unterschrift

