

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Tel: _____

Email: _____

Erziehungsberechtigter: _____

(bei unter 16 Jährigen)



Infektionsscreening COVID 19 – Abteilung _____

Akute respiratorische Symptome?
(Husten, Auswurf, Atemnot, Halsschmerzen,
Schmerzen bei der Atmung, Schnupfen)

= ja

= nein

Unspezifische Allgemeinsymptome?
(Abgeschlagenheit, Gliederschmerzen)

= ja

= nein

Kontakt zu bestätigten COVID-19-Fall
bis max. 14 Tage vor Erkrankungsbeginn?

= ja

= nein

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie/Ihr Kind keine der oben genannten Symptome aufweisen und auch an jedem weiteren Training nur teilnehmen, wenn Sie alle Fragen mit „nein“ beantworten können.

Datum, Unterschrift (unter 16 J. Erziehungsberechtigter)