

# Gesundheitsfragebogen Coronavirus SARS-CoV-2

|              |                 |
|--------------|-----------------|
| Name         | Vorname         |
| Geburtsdatum | Telefon (mobil) |
| Adresse      | Mail            |

**Ja      Nein**

|   |  |  |
|---|--|--|
| Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Erkältungssymptome (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Atembeschwerden, Geschmacks- oder Geruchsverlust) ?                            |  |  |
| Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eines der folgenden Symptome ?<br><br>Fieber<br><br>Brustschmerzen<br><br>Kopfschmerzen<br><br>Übelkeit / Erbrechen<br><br>Durchfall |  |  |
| Hatten Sie Kontakt zu jemandem mit einem bestätigten Coronavirus Sars-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tagen ?   |  |  |
| Hatten Sie in den letzten 14 Tagen einen Auslandsaufenthalt ?   |  |  |
| Sind Sie durch einen Covid -19 PCR Test (Polymerase chain reaction) in den letzten 14 Tagen positiv auf Coronavirus Sars-CoV-2 getestet worden?                         |  |  |

Sollte eine der oberen Fragen mit „JA“ beantwortet werden, ist eine Teilnahme an der Veranstaltung/Wettkampf untersagt.

**Ja      Nein**

|  |  |  |
|--|--|--|
| Sind Sie aktuell vollständig gegen SARS-CoV-2 geimpft ?  |  |  |
| Gelten Sie aktuell als nachweislich genesen ?  |  |  |
| Sofern nicht geimpft oder genesen, liegt ein tagesaktueller negativer Test vor (autorisierter Antigen-Schnelltest oder PCR-Test – nicht älter als 24h) ? |  |  |

Sollten alle 3 unteren Fragen mit “NEIN” beantwortet werden, ist eine Teilnahme ebenfalls untersagt.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift (bzw. gesetzl. Vertreter)