



Gesundheitscheck COVID-19

Name: _____

Vorname: _____

Trainingsdatum: _____

SOLLTE EINE DER FOLGENDEN FRAGEN MIT „JA“ BEANTWORTET WERDEN IST DIE TEILNAHME AM TRAINING NICHT MÖGLICH UND MUSS MEDIZINISCH ABGEKLÄRT WERDEN! (gilt für Teilnehmer und Trainer)

Hattest Du in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer positiv getesteten COVID-19 Person?

Nein Ja

Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit COVID-19?

Nein Ja

Wenn ja, Datum des Ablaufs der Anordnung: _____

Liegt eines der folgenden Symptome vor?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Allg. Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="radio"/> Husten | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="radio"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="radio"/> Geschmacks- und/oder Geruchsstörungen | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="radio"/> Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="radio"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="radio"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="radio"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |

Liegt eines der o. g. Symptome bei einer im gleichen Haushalt lebenden Person vor?

Nein Ja

Ich habe die Richtlinien der Abteilung Gesundheitssport gelesen und bin damit einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer

Diese Liste ist nach dem Training im Büro des Hallenwarts Georg Wallner abzuheften.