

Fragebogen Covid zur Selbsteinschätzung



Name, Vorname: _____

Abteilung _____ Turnen

Bitte unten stehende Fragen beantworten.

	JA	NEIN
Haben Sie / Hast du derzeit grippeähnliche Symptome, wie Husten, Atemnot, Geschmacksstörungen, Geruchsstörungen, sonstige Erkältungssymptome?		
Hatten Sie / Hattest du in den vergangenen 14 Tagen grippeähnliche Symptome wie Fieber?		
Haben Sie / Hast du in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt?		
Haben Sie / Hast du in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona-Verdacht besteht?		
Besteht aktuell eine Quarantänemaßnahme?		
Waren Sie / Warst du innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb Deutschlands?	Wann: Wo:	
Haben Sie / Hast du eine Covid-Schutzimpfung? (bitte Impfnachweis beim Übungsleiter vorzeigen) <i>Vollständiger Impfschutz: 2. Impfung + 14 Tage</i>	Datum 2. Impfung _____	

- ✓ **Ich bestätige die o.g. Angaben wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.**
- ✓ **Bei Änderungen muss dringend der Übungsleiter informiert werden.**
- ✓ **Über das Hygienekonzept der Turnabteilung TSG Stadtbergen wurde ich informiert.**

Datum

Unterschrift TeilnehmerIN

Unterschrift Erziehungsberechtigte