



# Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

## 1. Personenbezogene Daten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Verein	

## 2. Kontaktrisiko Evaluation

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

Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tage?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 Falls ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung eingeben _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

## 3. Symptomevaluation

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

Fieber	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf-und Gliederschmerzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Husten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Dyspnoe (Atemnot)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Geschmacks-und/oder Riechstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rhinitis (Schnupfen)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Diarrhoe (Durchfall)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

**Sollte eine der Fragen mit „JA“ beantwortet werden, ist eine Teilnahme am Werfertag ausgeschlossen!**  
Der Fragebogen wird bis 4 Wochen nach der Veranstaltung aufbewahrt und danach vernichtet!

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift (bei minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)