



## Fragebogen zur Symptomfreiheit von COVID-19

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Training: \_\_\_\_\_

Trainer: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass ich/ mein Kind \_\_\_\_\_

- in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer mit COVID-19 infizierten Person / einem COVID-19 Verdachtsfall hatte.
- mich/ sich in den letzten 14 Tagen nicht in einem vom RKI ausgewiesenen Risikogebiet aufgehalten habe/ hat.

**oder**

- negativ auf COVID-19 getestet wurde. Das Testdatum liegt längstens 7 Tage zurück.

**und außerdem**

- keine Symptome eines Atemwegsinfekts, erhöhte Temperatur, Verlust des Geschmacks- und Geruchssinns aufweise/ aufweist
- die angefügten Richtlinien zur Trainingswiederaufnahme verstanden und zur Kenntnis genommen habe/ hat.

Sollten sich im oben abgefragten Status Änderungen ergeben, bin ich verpflichtet, diese umgehend dem Trainer mitzuteilen.

Datum/ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Richtlinien zur Trainingswiederaufnahme

1. Der Zutritt zur Halle ist nur den direkt am Training teilnehmenden Personen gestattet.
2. Zwischen allen Trainingspaaren ist jederzeit ein Abstand von mindestens 1.5 Metern einzuhalten.

*Die in diesem Fragebogen erhobenen Informationen dienen der Nachverfolgung von Infektionsketten nach §§ 16, 25 IfSG und werden vier Wochen nach Erhalt gelöscht.*