



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.

oder

- negativ auf COVID-19 getestet wurde. Das Testdatum liegt längstens 7 Tage zurück und liegt nach dem Kontaktzeitpunkt.

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 Trainingsteilnehmenden ist jederzeit ein Abstand von mindestens 1.5 Metern einzuhalten.
3. Umkleidekabinen dürfen nur einzeln benutzt werden.

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