

Gesundheitsfragebogen – Coronavirus SARS-CoV-2

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefon
Adresse	Mail

	JA	NEIN
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Erkältungssymptome (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Atembeschwerden, Geschmacks- oder Geruchsverlust)?		
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eines der folgenden Symptome? <ul style="list-style-type: none"> • Fieber • Brustschmerzen • Kopfschmerzen • Übelkeit / Erbrechen • Durchfall 		
Hatten Sie Kontakt zu jemanden mit einem bestätigten Coronavirus Sars-CoV-2 Befund innerhalb der letzten 14 Tage?		
Bestand in den letzten 14 Tagen die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit dem Coronavirus Sars-CoV-2?		
Haben Sie sich in den vergangenen 14 Tage in einem durch die deutsche Bundesregierung ausgerufenen „Risikogebiet“ („red country“) aufgehalten?		
Sind Sie durch einen Covid-19 PCR Test (Polymerase chain reaction) in den letzten 14 Tagen positiv auf das Coronavirus Sars-CoV-2 getestet worden?		

Sollte eine der Fragen mit „JA“ beantwortet werden, ist eine Teilnahme der Veranstaltung „NAME...XXX“ (Veranstaltungsdauer/-datum) nur mit einem aktuellen negativen Covid-19 PCR Test möglich. Dieser Test darf nicht älter als 48 Stunden sein. Ansonsten ist die Teilnahme zur Veranstaltung „NAME...XXX“ (Veranstaltungsdauer/-datum) untersagt.

Ihre personenbezogenen Daten werden gelöscht, sobald der Zweck der SARS-CoV-2 Rückverfolgung entfallen ist (spätestens 1 Monat nach dem Termin der Veranstaltung).

Datum	Unterschrift / Unterschrift des Erziehungsberechtigten
-------	--