Fragebogen vor Wiederaufnahme des systematischen Trainings

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Adresse: _____ E-Mail: _____ Tel.: _____

Sportart: _____ Stützpunkt: _____Trainer: _____ Kader: _____

Klasse (bei Schülern): _____ Verband (bei Bundeskadern): _____

Wurden Sie und wenn ja wann zuletzt auf das Coronavirus (SARS CoV-2) getestet?	Nein ☐ Neg. ☐ Pos. ☐ Datum ……
Hatten Sie bisher eine gesicherte COVID-19-Krankheit?	Nein ☐ Ja ☐ Wann? ……
Hatten Sie Kontakt zu einer positiv auf das Coronavirus getesteten Person/einer Person mit COVID-19 Erkrankung?	Nein ☐ Ja ☐ Wann zuletzt? ……
Wurden Sie als Kontaktperson 1. Grades kategorisiert und waren in Quarantäne?	Nein ☐ Ja ☐ Wann zuletzt? ……
Wurden Sie als Kontaktperson 2. Grades kategorisiert und waren in Kontaktbeschränkung?	Nein ☐ Ja ☐ Wann zuletzt? ……

Haben Sie heute und/oder in den letzten 7 Tagen eines oder mehrere der u.a. Symptome?

Allgemeines Krankheitsgefühl, Abgeschlagenheit, Kopf-/Gliederschmerzen	Nein ☐	Ja ☐
Fieber	Nein ☐	Ja ☐
Husten (mit und ohne Auswurf)	Nein ☐	Ja ☐
Schnupfen	Nein ☐	Ja ☐
Halsschmerzen, Halskratzen, Heiserkeit	Nein ☐	Ja ☐
Atembeschwerden, Atemnot (in Ruhe und unter Belastung)	Nein ☐	Ja ☐
Veränderungen des Geschmacks- und Geruchssinns	Nein ☐	Ja ☐
Durchfall, Magen-Darm-Beschwerden	Nein ☐	Ja ☐

Ergänzungen: ……
……

Hiermit bestätige ich (rechtsverbindlich), dass ich die Angaben wahrheitsgemäß leiste. Ich bin mit der Weitergabe aller Ergebnisse an OSP Brandenburg/Sportschulen/Hochschulambulanz und der anonymisierten wissenschaftlichen Auswertung einverstanden. Mir ist bewusst, dass ich bei Symptomen/positiver Anamnese keine Freigabe zur Aufnahme des Trainingsbetriebs erhalte, dass ich neu auftretende Symptome angebe, den Trainingsbetrieb unmittelbar beende und mich in medizinische Beratung bzw. Behandlung begebe.

Ort, Datum **Unterschrift** **Sorgeberechtigte(r) 1** **Sorgeberechtigte(r) 2**