



Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Trainingsdatum: \_\_\_\_\_

Trainingsbeginn/-ende: \_\_\_\_\_

Hattest Du in den letzten 24 Stunden Fieber (über 38°C), ein allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen, Husten, Atemnot, Geschmacks- und/oder Geruchsverlust, Halsschmerzen, Schnupfen, Durchfall oder Schüttelfrost?

- Ja  
 Nein

Hattest Du in den letzten 14 Tagen engen Kontakt zu Personen, bei denen der Verdacht auf Covid-19 besteht oder bei denen es diagnostiziert wurde, oder die sich derzeit in einer Gesundheitsüberwachung befinden, um eine mögliche Infizierung mit Covid-19 festzustellen?

*(Ein enger Kontakt zu einem bestätigten Fall bedeutet:*

- Kontakt von Angesicht zu Angesicht länger als 15 Minuten
- direkter, physischer Kontakt (Berührung, Händeschütteln, Küssen)
- länger als 15 Minuten direkt neben einer infizierten Person  
(weniger als 1,5 Meter Abstand) verbracht
- Kontakt mit oder Austausch von Körperflüssigkeiten
- Teilen einer Wohnung

*Falls Du Kontakt hattest, aber adäquate Schutzmaßnahmen getroffen hattest, kannst Du die Frage mit „Nein“ beantworten.)*

- Ja  
 Nein

Personen, die eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, sollten zum Schutz vor möglichen Neuinfektionen nicht am Training teilnehmen.

Wir weisen darauf hin, dass auch bei Einhaltung der Hygienemaßnahmen eine Ansteckung nicht ausgeschlossen werden kann.

Ort/Datum

Unterschrift der\*des Trainierenden bzw. der\*des Erziehungsberechtigten