**DJJV-FRAGEBOGEN ZUR GESUNDHEIT**

* Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Verein: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eines der folgenden Symptome?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SYMPTOME** | | Ja | Nein |
| 1 | Temperatur von 37,5ºC oder mehr |  |  |
| 2 | Trockener Husten |  |  |
| 3 | Halsweh |  |  |
| 4 | Atembeschwerden |  |  |
| 5 | Plötzliche Diarrhöe oder Erbrechen |  |  |
| 6 | Plötzliche Muskel- oder Körperschmerzen |  |  |
| 7 | Müdigkeit ohne bekannte Ursache |  |  |

Hiermit bestätige ich, dass:

Sollte ich an COVID-19 erkrankt und ins Krankenhaus eingeliefert worden sein, muss

ich zuerst einen Arzt aufsuchen, bevor ich aktiv trainieren kann.

Sollte ich Symptome im Zusammenhang mit COVID-19 gehabt haben (Fieber,

Schüttelfrost, Husten, Brustschmerzen, Müdigkeit, Geschmacks- oder Geruchsverlust,

Durchfall usw.), wobei diese Symptome vor mehr als 24 Tagen begonnen und

mindestens 48 Stunden zuvor aufgehört haben, muss ich nach dem Ende der akuten

Erkrankung einen negativen COVID-19 PCR-Test vorlegen, der in mindestens zwei

aufeinanderfolgenden Proben mit einem Zeitabstand von mindestens 24 Stunden

bescheinigt wird.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Teilnehmenden ggf. Unterschrift gesetzliche Vertretende

*\*Einreichung bei der Registrierung vor Ort und nicht älter als 24 Stunden*