

Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

1. Personenbezogene Daten

Name
Vorname
Geburtsdatum
Adresse
Telefon (mobil)
Mail
Verein / Sportart

2. Symptomevaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten 14 Tage)	Ja	Nein
Fieber		
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen		
Husten		
Dyspnoe (Atemnot)		
Geschmacks- und/oder Riechstörungen		
Halsschmerzen		