

Verein: BSV 1928 Klostermansfeld

1. Personenbezogene Daten des Kindes

| | | | | |
|-------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Name: | | | | |
| Vorname: | | | | |
| Mannschaft: | <input type="radio"/> Mini | <input type="radio"/> MJE | <input type="radio"/> MJD | <input type="radio"/> WJD |
| Adresse: | | | | |
| | | | | |
| Telefon (Eltern): | | | | |
| E-Mail (Eltern): | | | | |

2. Kontaktrisiko-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2.

| | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Hatte(n) Ihr Kind / Sie innerhalb der letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall bzw. einer den Quarantänebestimmungen unterliegenden Person? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Bestand innerhalb der letzten 30 Tage die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben: | | |
| War(en) Ihr Kind / Sie innerhalb der letzten 14 Tage in einem Risikogebiet gemäß der RKI-Definition? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wenn ja, bitte aufführen wann und wo: | | |

3. Symptom-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik ihres Kindes!

(Bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten 14 Tage – Änderungen sind umgehend mitzuteilen)

| | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Fieber | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| (Trockener) Husten | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Atemnot (Dyspnoe) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Geschmacks- und/oder Riechstörungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Halsschmerzen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Kopfschmerzen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Schnupfen (Rhinitis) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Übermäßiges Kältegefühl | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Durchfall (Diarrhoe) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Sollten Sie eine der Fragen mit „JA“ beantworten, verzichten Sie bitte auf die Teilnahme am Trainingsbetrieb und kontaktieren gegebenenfalls die örtlichen Anlaufstellen (Gesundheitsämter, hausärztliche Praxen etc.).

Die Symptome von Covid-19 sind eher unspezifisch und können auch u.a. bei Erkältungskrankheiten oder einer Grippe auftreten. Dennoch sollte auch bei einem milden Verlauf bzw. Anzeichen eines dieser Symptome sowie von allgemeinen Gesundheitsbeeinträchtigungen auf die Teilnahme am Trainingsbetrieb verzichtet werden.

| | | |
|-------|--|------------------|
| Datum | Name, Vorname - Erziehungsberechtigte(r) | Unterschrift(en) |
|-------|--|------------------|