



# VfB 1906 Sangerhausen e.V.



**Trainingseinheit am:**.....

**Mannschaft:**.....

Personenbezogene Daten   Datum:	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon (mobil) Telefon (zu Hause)	
E-Mail (eigene) E-Mail (Eltern)	
Falls Fahrgemeinschaft, bitte mitfahrende Personen zum und vom Training angeben	
Bitte beantworte die Fragen zur Einschätzung des Kontakttrisikos mit SARS-CoV-2	
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben: _____	Trainingsteilnahme nur nach Ablauf der Anordnung (+1 Tag) möglich
Hattest Du in den letzten 2 Wochen einen Aufenthalt in den nach <a href="https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete.html">RKI definierten Risikogebieten*</a> oder hattest Du in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die an COVID-19 erkrankt ist?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

\*[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Risikogebiete.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete.html)

Bitte beantworte die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtige den Zeitraum der letzten 14 Tage)	
Fieber	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Husten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Dyspnoe (Atemnot)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Geschmacks- und/oder Riechstörungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Rhinitis (Schnupfen)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Diarrhoe (Durchfall)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

**Der Fragebogen muss vor jeder Trainingsmaßnahme ausgefüllt werden. Sollte eine der folgenden Fragen mit „JA“ beantwortet werden, ist die Teilnahme am Training nicht möglich und muss medizinisch abgeklärt werden! (gilt für Spieler und Trainer)**

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Spieler: \_\_\_\_\_

Unterschrift erziehungsberechtigte Person: \_\_\_\_\_

Unterschrift Trainer: \_\_\_\_\_