

Turnverein Oestrich 1881 e.V.



Fragebogen zu Symptomen von COVID-19

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen...

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1....Fieber? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2....Husten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3....Hals oder Gliederschmerzen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4....Atemprobleme? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5....Einschränkung im Geschmacks-und Geruchssinn? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6....Kontakt zu einem COVID-19 Patienten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 7....einen längeren Aufenthalt in einem Risikogebiet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Ergebnis: Bei Beantwortung einer oder mehrerer Fragen mit „Ja“, ist eine Teilnahme am Training im gesamten Sportbetrieb des TV Oestrich 1881 e.V. nicht möglich und muss medizinisch abgeklärt werden.

Vorname, Name

Straße, Hausnr., PLZ Ort

Telefon E-Mail-Adresse

Mit meiner Unterschrift versichere ich die wahrheitsgemäße Beantwortung der Fragen. Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Kontaktdaten zu Vereinszwecken durch den Verein genutzt werden dürfen und für vier Wochen aufbewahrt werden.

Ort, Datum, Unterschrift der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen bzw. Geschäftsunfähigen