



## **Chorona-Riskoeinschätzung - Checkliste zur Selbstprüfung - Gesundheit geht vor!**

Wir als Verein möchten keine gesundheitsbezogenen Daten speichern. Wir müssen aber alles für die Gesundheit der Athleten uns Mögliche tun, um das Risiko für Sportler, Trainer und Betreuer so gering wie möglich halten. Deshalb muss jeder Sportler, Trainer oder Betreuer

- vor seiner persönlichen "Wiederaufnahme" des Sportbetriebes diese Checkliste für sich ausfüllen,
- wegen einer evtl. erforderlichen Nachverfolgung seine persönlichen Daten erfassen und
- sich verpflichten die Infektionsschutz-Richtlinien der Gesundheitsverwaltung und des Vereins zu beachten sowie den Anweisungen seiner Betreuer zu folgen.

Wichtig: Bitte diese Checkliste nicht abgeben – sie verbleibt beim einzelnen Sportler.

### **1. Stammdaten**

|              |          |
|--------------|----------|
| Nachname*    | Vorname* |
| Geb. Datum * |          |

### **2. Kontaktrisiko-Evaluation**

Bitte beantworte die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2

|                                                                                                                    |                          |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Hattest Du Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tagen?                            | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Bestand <u>in den letzten 14 Tagen</u> die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

### **3. Symptomevaluation**

Bitte beantworte die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (Zeitraum = letzte 14 Tage)

|                                                          |                          |                            |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Fieber                                                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Husten                                                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Dyspnoe (Atemnot)                                        | <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 |
| Rhinitis (Schnupfen)                                     | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Diarrhoe (Durchfall)                                     | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

### **4. Auswertung**

|                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| Anzahl Antworten mit Ja: | Anzahl Antworten mit Nein: |
|--------------------------|----------------------------|

**Solltest Du nicht alle Antworten mit "Nein" beantwortet haben, darfst du zunächst nicht trainiert werden. Bitte bespreche das weitere Vorgehen mit Deinem Arzt!**

**Du bist verpflichtet, bei nachträglichen Veränderungen Dich vom Training abzumelden.**

|       |              |
|-------|--------------|
| Datum | Unterschrift |
|-------|--------------|