



Mitglied im Landessportbund Nordrhein-Westfalen

Mitglied im Deutscher Boxsport-Verband

Fragebogen SARS-CoV-Risiko der Boxsport-Verband NRW

Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:	Telefon (mobile):
Mail:	Verein:
Adress:	

Kontaktrisiko-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARSCoV-2	Ja	Nein
Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14Tagen?		
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnungangeben:		
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb Ihres gemeldeten Heimatortesund/oder Trainingsortes? Wenn ja, bitte aufführen wann und wo:		

Symptomevaluation

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

Ort, Datum

Name / Unterschrift / (Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten)