



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 |
| 8. Sind Sie bereits getestet worden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Bei Antwort Ja:

Wann? _____ Wie? _____

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

Bitte halten Sie dazu Rücksprache mit der Geschäftsstelle des TV Gronau (Telefon 02562/21155).

Vorname, Name

Straße, Hausnr., PLZ Ort

Telefon

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.

Ort, Datum

Unterschrift/Unterschriften der gesetzlichen Vertreter bei
Minderjährigen bzw. Geschäftsunfähigen