

Erklärung f. Erziehungsberechtigte

Hiermit erkläre ich:

Name _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort _____

dass ich vom 1. Vorsitzenden, Abteilungsleiter oder Trainer des TuS Oberhausen das Schreiben:

„Merkblatt Trainingsbetrieb Corona“

erhalten, gelesen und verstanden habe.

Ich habe meinem Kind:

Name _____

Vorname: _____

den Sachverhalt erklärt und es darauf hingewiesen die Regeln einzuhalten.

Weiterhin erkläre ich, dass mein/e Tochter/Sohn:

- keiner "Corona-Risiko-Gruppe" angehört
- meines Wissens weder infiziert noch bereits erkrankt ist

Diese Erklärung soll wirksam sein:

von: _____ bis: _____

(Ort; Datum) (Unterschrift)

Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

Erhebung personenbezogener Daten

Name	X
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Sportart/Abteilung	

Risiko-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2	Ja	Nein
Haben Sie Vorerkrankungen, die nach Definition des RKI einen Risikofaktor darstellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben:	<input type="checkbox"/> -----	<input type="checkbox"/>
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb Ihres gemeldeten Heimortes? Wenn ja, bitte aufführen wann/wo:	<input type="checkbox"/> -----	<input type="checkbox"/>

Symptome-Evaluation

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

Sollte eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, darf eine Teilnahme erst nach ärztlicher Rücksprache erfolgen. Sollten sich Änderungen zu den hier getroffenen persönlichen Angaben ergeben, ist dies dem Verein/der Übungsleitung ebenfalls mitzuteilen.