

Fragebogen

SARS-CoV-2 / Covid-19

Sportler*in:geb.: Datum:

- 1. Fragen zur Einschätzung des Kontakttrisikos mit SARS-CoV-2**
- | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| a) Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einer an SARS-CoV-2/Covid-19 erkrankten Person? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Wurden Sie kürzlich auf SARS-CoV-2/Covid-19 getestet?
Wenn ja, bitte Datum und Ergebnis der Untersuchung angeben: _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Waren Sie in der Vergangenheit in behördlicher Quarantäne in Zusammenhang mit SARS-CoV-2/Covid19? Wenn ja, bis wann? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb Ihres gemeldeten Heimatortes und/oder Trainingsortes? Wenn ja, bitte angeben wo: _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Leiden Sie aufgrund einer Erkrankung an einem geschwächten Immunsystem oder nehmen Sie Medikamente zur Unterdrückung des Immunsystems (z.B. Kortison, MTX)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 2. Fragen zur Abklärung von möglichen Covid-19 Symptomen**
- Hatten Sie innerhalb der letzten 2 Wochen folgende Symptome?**
- | | Ja | Nein |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Husten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Luftnot | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fieber | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Geschmacks- und/oder Geruchsstörungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Halsschmerzen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kopf- und/oder Gliederschmerzen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schnupfen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Durchfall | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 3. Vom Arzt des ÖISM auszufüllen**
- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Temperatur (Stirn) _____ | | |
| Es besteht der Verdacht auf SARS-CoV-2 / Covid-19 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Unterschrift Sportler*in/
bzw. Erziehungsberechtigte

Unterschrift Arzt/Ärztin ÖISM