



## Risikofragebogen

**Der Fragebogen muss vor jedem Training ausgefüllt und unterschrieben abgegeben werden.  
Sollte eine der folgenden Fragen mit "JA" beantwortet werden, ist die Teilnahme am Training nicht möglich.**

### Personenbezogene Daten (des Sportlers/der Sportlerin)

Name

---

Vorname

---

Geb-Datum

---

Trainingsgruppe

---

mitfahrende Personen  
zum/vom Training

---

Handy-Nr.

---

Telefon-Nr.:

---

### Bitte beantworte die Fragen zur Einschätzung des Kontakttrisikos mit dem Corona-Virus

Hattest du Kontakt zu einem bestätigten Covid-19 Fall innerhalb der letzten 14 Tage?

	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hattest du in den letzten 14 Tagen eines der folgenden Symptome?

	Ja	Nein
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopf- und Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- und/oder Riechstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ich bestätige, dass ich die Angaben korrekt und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt habe.**

---

Datum

---

Unterschrift (des Erziehungsberechtigten)