

6. Vorlage zur Erfassung der Teilnehmer*innen-Daten

Familienname: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Trainingsdatum: _____

Trainingsbeginn/-ende: _____

Hatten Sie / hattest Du in den letzten 24 Stunden Fieber (über 38°C), ein allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen, Husten, Atemnot, Geschmacks- und/oder Geruchsverlust, Halsschmerzen, Schnupfen, Durchfall oder Schüttelfrost?

- Ja
 Nein

Hatten Sie / hattest Du in den letzten 14 Tagen engen Kontakt zu Personen, bei denen der Verdacht auf Covid-19 besteht oder bei denen es diagnostiziert wurde, oder die sich derzeit in einer Gesundheitsüberwachung befinden, um eine mögliche Infizierung mit Covid-19 festzustellen?

(Ein enger Kontakt zu einem bestätigten Fall bedeutet:

- *Kontakt von Angesicht zu Angesicht länger als 15 Minuten*
- *direkter, physischer Kontakt (Berührung, Händeschütteln, Küssen)*
- *länger als 15 Minuten direkt neben einer infizierten Person (weniger als 1,5 Meter Abstand) verbracht*
- *Kontakt mit oder Austausch von Körperflüssigkeiten*
- *Teilen einer Wohnung*

Falls Sie / Du Kontakt hatten / hattest, aber adäquate Schutzmaßnahmen getroffen haben / hattest, können Sie / kannst Du die Frage mit „Nein“ beantworten.)

- Ja
 Nein

Personen, die eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, sollten zum Schutz vor möglichen Neuinfektionen nicht am Training teilnehmen.

Ort/Datum

Unterschrift der*des Trainierenden bzw. der*des Erziehungsberechtigten