

# Risikoeinschätzungbogen

## für minderjährige Mitglieder

(für jede Trainingseinheit wird ein neuer Bogen benötigt)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Liebe Aktiven,

um den weiteren Ausbruch von COVID-19 einzudämmen und Infektionsketten besser nachvollziehen zu können bitten wir Sie folgende Fragen ehrlich zu beantworten.

Die Teilnahme am Training kann nur erfolgen, wenn alle Positionen mit NEIN beantwortet werden.

Frage	Ja	Nein
1. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person die positiv auf COVID-19 getestet wurde?		
2. Sind Sie als medizinisches Personal angestellt und haben Kontakt mit COVID-19 Patienten?		
3. Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem nationalen oder internationalen Risikogebiet gewesen?		
4. Haben Sie allgemeine Erkältungssymptome (Fieber, Husten ect.) ?		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich oben aufgeführte Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift