

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN Judoclub Leipzig e.V.

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Telefonnummer:.....

Trainingsgruppe:.....

Hiermit bestätige ich, dass die aufgeführten Angaben wahr und richtig sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben erhebliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheitssituation haben können.

Unterschrift.....

Datum	Ich leide unter akuten respiratorischen Symptomen jeder Schwere oder unspezifischen Allgemeinsymptomen einer Infektion (Fieber, Muskel-, Kopf- und Gliederschmerzen, etc.)		Ich hatte in den letzten 14 Tagen engen Kontakt (ohne Schutzausrüstung) zu einer Person mit Nachweis von SarsCoV-2 (neuartiges Corona-Virus) Als enger Kontakt gilt ein Abstand von weniger als 2 m über mindestens 15 Minuten.		Ich hatte in den letzten 14 Tagen geschützten Kontakt zu einer Person mit Nachweis von SarsCoV-2 unter Verwendung folgender PSA: 1. Mund-Nasen-Schutz 2. FFP 2/3-Maske + Schutzbrille + Schutzkittel + Schutzhandschuhe		Aktuelle Körpertemp. °C	Unterschrift
	ja	nein	ja	nein	1.	2.		

Aktuelle Informationen finden Sie unter anderem auf der Internetseite der Stadt Leipzig oder des Robert-Koch-Institutes unter www.rki.de.

Datenschutzhinweis: Ihre personenbezogenen Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen (IfSG) verwendet.