

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN Judoclub Leipzig e.V.

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

Telefonnummer:.....

Mannschaft:.....

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-, Hals- und Gliederschmerzen, Atemnot, Schnupfen etc.)		Ich hatte in den letzten 14 Tagen engen Kontakt 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 habe mich in den zurückliegenden 14 Tagen in einem Risikogebiet aufgehalten (siehe https://www.rki.de/covid-19-risikogebiete)		Aktuelle Körpertemp. °C	Unterschrift
	ja	nein	ja	nein	ja.	nein		

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.