

Selbsttest-Fragebogen zum Infektionsschutzgesetz



Vorname, Nachname _____

1. Haben Sie aktuell grippeähnliche Symptome?

JA

NEIN

2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen grippeähnliche Symptome?

Symptom	JA	NEIN
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten (nicht chronisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnupfen (nicht chronisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacksstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für eine genaue Diagnose wenden Sie sich bitte an einen Arzt.

3. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem vermuteten oder bestätigten COVID-19-Infizierten?

JA

NEIN

4. Sind Sie in den letzten 14 Tagen als „Corona Verdachtsfall“ abgestrichen worden?

JA

NEIN

Wenn „JA“, war der Test positiv:

JA

NEIN

5. Gehören Sie zu einer Risikogruppe im Sinne von COVID-19?

JA

NEIN

6. Ist jemand in Ihrem Umfeld in Quarantäne auf Grund von COVID-19?

JA

NEIN

Sollten Sie eine der Fragen abschließend mit einem "JA" beantworten, dann müssen Sie von einem Besuch unserer Sportstätte in nächster Zeit absehen!

Wenn Sie jetzt gemäß dieser Selbstauskunft nun am Sport teilnehmen können und wollen, so nehmen Sie dennoch ein Infektionsrisiko wissentlich in Kauf. Darauf wurden Sie hiermit hingewiesen und bestätigen dies rechtswirksam mit Ihrer Unterschrift:

.....
Datum, Unterschrift