

Kurzscreening für die Teilnahme am Taekwondo-Training

**Allgemeine Angaben zur eigenen Person**

Vor- und Nachname:

Adresse:

Telefonnummer:

Datum, Uhrzeit und Dauer des Trainings

**Angaben zu Erkältungssymptomen**

	JA	NEIN
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. Allergien) erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Haben Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Von der Einrichtung auszufüllen**

	JA	NEIN
Einweisung in die Hygienemaßnahmen ist erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einlass des Sportlers wurde gewährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift Sportler

Datum, Unterschrift Trainer