

Covid-19 Gesundheitsfragebogen



Persönliche Informationen

| | |
|------------------|--|
| Vorname/Nachname | |
| Geburtsdatum | |
| Geschlecht | |
| E-Mail | |
| Telefonnummer | |
| Anschrift | |

Gesundheitsfragebogen

| | NEIN | JA |
|---|------|----|
| Ich wurde bereits gegen geimpft und die Erstimpfung liegt länger wie 22 Tage zurück | | |
| Haben sie eines der folgenden Symptome in den letzten 14 Tagen gehabt: <ul style="list-style-type: none"> - Fieber - Brustschmerzen - Kopfschmerzen - Übelkeit/ Erbrechen, Durchfall | | |
| Haben Sie aktuell eines der folgenden Symptome: <ul style="list-style-type: none"> - Fieber - Verlust von Geruchs oder Geschmacksinn - Kopf- oder Gliederschmerzen - Übelkeit/ Erbrechen, Durchfall | | |
| Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit jemandem mit einer nachgewiesenen Covid-19 Infektion? | | |
| Ich bestätige, dass ich einen negativen Covid-19 Test (Antigen oder PCR) absolviert habe und dieser nicht älter als 72 Stunden ist! Ohne negativen Test ist keine Teilnahme an der Veranstaltung möglich! <i>(Einen gültigen Antigentest nicht älter als 72 Stunden. Ausnahmen: eine geimpfte Person mit Bescheinigung (nach der Erstimpfung ab dem 22 Tag), eine genesene Person mit einem ärztlichen Attest, bzw. einen behördlichen Absonderungsbescheid nicht älter 6 Monate, oder eine Laborbestätigung über neutralisierte Antikörper nicht älter als 3 Monate.)</i> | | |
| Ich wurde bereits auf Covid-19 getestet und bestätige, dass mein positiver Test älter als 14 Tage bis max. 3 Monate ist. <i>(Bei Ablauf des Covid-19 Testes ist ein neuer Test vorzuweisen. (Schnelltest unter Aufsicht – Gültigkeit: 1 Tag und nur für den Wettbewerb, oder einen registrierten Covid-19 Test, (Teststraße – kostenlos) gültig 48 Stunden.)</i> | | |

Datum / Ort:

Unterschrift:



Hände waschen!



Abstand halten!



Hände desinfizieren!



Maske tragen!