

Verein: _____

Mannschaft: _____

Spielklasse: _____

Datum: _____

Ort:
Mannschafts-
verantwortlicher: _____



PERSON				KONTAKTE*				SYMPTOME												
Nachname	Vorname	Funktion	Unterschrift	Kontaktperson		Risikogebiet		Temperatur in °C	Husten		Halsschmerzen		Schnupfen		Atemnot		Geschmack		Durchfall	
				ja	nein	ja	nein		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

***Legende Kontakte:**

Kontaktperson: Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 10 Tage?

Risikogebiet: Waren Sie innerhalb der letzten 10 Tage in einem Risikogebiet?

Unterschrift Verantwortlicher: