

Name: _____	Vorname: _____	Geburtstag: ____/____/____	Mobile: _____
PLZ/Wohnort/Strasse/HausNr: _____ / _____ / _____			email: _____

Kontakt-Risiko-Ermittlung

ja nein Corona-App installiert?

ja nein Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tage?

ja nein Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage in einem Corona-Risikogebiet? Wenn ja, wo? _____

Symptom-Analyse Kreuzen Sie bitte an, ob derzeit folgende Symptome vorliegen

Datum	_____
Ankunftszeit	___:___
Symptome	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Fieber >38°C	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Kopf-/Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
allg. Krankheitsgefühl	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Husten	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Atemnot	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Schnupfen	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Durchfall	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Geschmacks-/Riechstörung	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Fieber	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Zeit Verlassen der Arena	___:___
Corona-App (+ = pos. Kontakt)	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
Angaben stimmen (Kurzzeichen)	_____



www.young-grizzlys.de