



**Trainingstag:** \_\_\_\_\_

**Name des Spielers:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift der Eltern:** \_\_\_\_\_

Kontakt zu einem positiven Covid 19- Fall?	JA	Nein
<b>Symptome-Evaluation</b> Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtigen Sie die letzten 14 Tage)	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyspnoe (Atemnot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- und/oder Riechstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhinitis (Schnupfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhoe (Durchfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**! Sollte eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, darf eine Teilnahme erst nach ärztlicher Rücksprache wieder erfolgen!**