

Fragebogen vor Wiederaufnahme des Stützpunkttrainings in  
der Schwimmhalle (oder bei Unterbrechung von mehr als 3  
Tagen)  
(Kadertraining)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| Wurden Sie in den letzten 14 Tagen auf das Coronavirus (SARS CoV-2) getestet?   | Nein <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Datum<br>..... |
| Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer positiv auf das Coronavirus getesteten Person/einer Person mit COVID-19 Erkrankung? | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wann?<br>.....                                 |
| Liegt aktuell ein Absonderungsbescheid des Gesundheitsamtes vor?  | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> .....<br>.....                                 |

**Haben Sie heute und/oder in den letzten 7 Tagen eines oder mehrere der u.a. Symptome?**

|  |   |
|--|---|
| Allgemeines Krankheitsgefühl, Abgeschlagenheit, Kopf-/Gliederschmerzen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Fieber   | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Husten (mit und ohne Auswurf)  | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Schnupfen  | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Halsschmerzen, Halskratzen, Heiserkeit                                 | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Atembeschwerden, Atemnot (in Ruhe und unter Belastung)                 | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Veränderungen des Geschmacks- und Geruchssinns                         | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Durchfall, Magen-Darm-Beschwerden                                      | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |

Ergänzungen:

.....  
.....  
.....  
.....

**Hiermit bestätige ich (rechtsverbindlich), dass ich die Angaben wahrheitsgemäß leiste. Mir ist bewusst, dass ich bei Symptomen/positiver Anamnese keine Freigabe zur Aufnahme des Trainingsbetriebs erhalte, dass ich neu auftretende Symptome angebe, den Trainingsbetrieb unmittelbar beende und mich in medizinische Beratung bzw. Behandlung begeben. Gleichzeitig bestätige ich (rechtsverbindlich), dass mein Kind Kenntnis vom bestehenden Hygienekonzept der Schwimmhalle hat und diese Maßnahmen umsetzt. Sollte es zu Verstößen, gegen das Hygienekonzept kommen, führt es zum Ausschluss vom Training.**

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

**Sorgeberechtigte(r) 1**