



Gesundheitliche Selbstauskunft

Bitte ausfüllen und einem Trainer abgeben!

Name, Vorname

Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Festnetz- und/oder Handynummer

Zuständiges Gesundheitsamt

Bitte zutreffendes ankreuzen

- Ich habe mich in den vergangenen 14 Tagen in einem COVID-19 Risikogebiet (gemäß der aktuellen Einschätzung des Robert-Koch-Instituts).
 Ja Nein
- Ich hatte Kontakte mit einer mit COVID-19 infizierten Person.
 Ja Nein
- Ich weise Symptome auf, wie z.B. Husten, Schnupfen, Fieber, Atemwegsbeschwerden.
 Ja Nein

Hiermit versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift