

COVID-19 ANAMNESE

Name, Vorname : _____ **Geboren:** _____

Straße: _____

PLZ: _____ **Wohnort:** _____

Tel: daheim: _____ Arbeit: _____

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen <u>SYMPTOME</u> einer COVID-19 Erkrankung?			
<u>HAUPTSYMPTOME</u>			
• Fieber > 37,5°C	ja <input type="checkbox"/>	wann.....	nein <input type="checkbox"/>
• Husten	ja <input type="checkbox"/>	wann.....	nein <input type="checkbox"/>
• Kurzatmigkeit	ja <input type="checkbox"/>	wann.....	nein <input type="checkbox"/>
<u>NEBENSYMPTOME</u>			
• Müdigkeit/Abgeschlagenheit	ja <input type="checkbox"/>	wann.....	nein <input type="checkbox"/>
• Halsschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	wann.....	nein <input type="checkbox"/>
• Kopfschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	wann.....	nein <input type="checkbox"/>
• Muskelschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	wann.....	nein <input type="checkbox"/>
• Verstopfte Nase	ja <input type="checkbox"/>	wann.....	nein <input type="checkbox"/>
COVID Impfung	ja <input type="checkbox"/>	wann	nein <input type="checkbox"/>
		1.Dosis	
		2.Dosis	
		3.Dosis (Booster)	
Hatten Sie COVID in den letzten 180 Tagen?			
	ja <input type="checkbox"/>	von.....bis.....	nein <input type="checkbox"/>

Ich erkläre, vom untersuchenden Facharzt für Sportmedizin auch über die Langzeitfolgen einer SARS-CoV-2 Infektion aufgeklärt worden zu sein. Im Sinne des Gesundheitsschutzes werde ich einen eventuellen positiven COVID-19 Test (auch ohne Symptome) oder das Vorhandensein von typischen Symptomen (wie unter anderem Fieber > 37,5°C, Husten, Abgeschlagenheit, Atemnot, Muskelschmerzen, Durchfall, Geruchsverlust, Geschmacksverlust), welche nach der heutigen Visite auftreten, außer meinem Hausarzt bzw. Kinderarzt, auch dem Vereinsarzt/Verbandsarzt, dem Facharzt für Sportmedizin, welcher das Zeugnis für die Wettkampfeignung ausgestellt hat, melden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

(für Minderjährige Unterschrift eines Elternteils)