

**COVID-19 ANAMNESE**

**Name, Vorname :** \_\_\_\_\_ **Geboren:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ:** \_\_\_\_\_ **Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Tel:** daheim: \_\_\_\_\_ Arbeit: \_\_\_\_\_

<b>Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen SYMPTOME einer COVID-19 Erkrankung?</b>			
<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"/>
<b>COVID Impfung</b>	ja <input type="checkbox"/>	wann	nein <input type="checkbox"/>
		1.Dosis .....	
		2.Dosis .....	
		3.Dosis (Booster) .....	
<b>Hatten Sie COVID in den letzten 180 Tagen?</b>			
	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)