Triage Teammitglieder

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Beantworte folgende Fragen durch Ankreuzen:** |  | **JA** | **NEIN** |
| Hast du Krankheitssymptome wie Fieber, Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Husten? |  |  |  |
| Müsstest du eigentlich in Quarantäne oder Selbstisolation sein? |  |  |  |
| Hast du den Verdacht, dass du infiziert sein könntest? |  |  |  |
| Gehörst du zur Risikogruppe und solltest nicht hier sein? |  |  |  |
| Treten bei mir Symptome auf, kontaktiere ich einen Arzt und benachrichtige mein Umfeld? |  |  |  |
| Ich habe die Verhaltensregeln verstanden und werde sie einhalten? |  |  |  |

## Hast du mehr als 2x Ja angekreuzt?

* Du bleibst zuhause und rufst den Hausarzt an
* Du informierst umgehend deine Trainerin/deinen Trainer oder die Covid-19-beauftragte Person deines Vereins

## Persönliche Angaben

Die Angaben dienen ausschliesslich der Nachverfolgung von möglichen Infektionsketten. Sie werden vertraulich behandelt.

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Datum:

Ankunftszeit: