

Selbsttest-Fragebogen zum Infektionsschutzgesetz



Vorname, Nachname _____

vollständige Anschrift _____

Telefonnummer / E-Mailadresse _____

- Sind Sie geimpft (vollständiger Impfschutz länger als 14 Tage)
 genesen (mindestens vor 28 Tagen, maximal vor 6 Monaten)

1. Haben Sie aktuell **grippeähnliche Symptome**?

JA NEIN

2. Hatten Sie **in den letzten 14 Tagen** grippeähnliche Symptome?

Symptom	JA	NEIN
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten (nicht chronisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnupfen (nicht chronisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacksstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für eine genaue Diagnose wenden Sie sich bitte an einen Arzt.

3. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen **Kontakt** zu einem vermuteten oder bestätigten COVID-19-Infizierten?

JA NEIN

4. Sind Sie in den letzten 14 Tagen als „**Corona Verdachtsfall**“ abgestrichen worden?

JA NEIN

Wenn „**JA**“, war der **Test positiv**: JA NEIN

5. Gehören **Sie** zu einer Risikogruppe im Sinne von COVID-19?

JA NEIN

6. Ist jemand in Ihrem **Umfeld** in Quarantäne auf Grund von COVID-19?

JA NEIN

Sollten Sie eine der Fragen abschließend mit einem "JA" beantworten, dann müssen Sie von einem Besuch unserer Sportstätte in nächster Zeit absehen!

Wenn Sie jetzt gemäß dieser Selbstauskunft nun am Sport teilnehmen können und wollen, so nehmen Sie dennoch ein Infektionsrisiko wissentlich in Kauf. Sie erkennen zudem das Hygiene-Konzept von Skydive Leipzig e.V. als verbindlich an und bestätigen hiermit, dieses selbst gelesen und verstanden zu haben. Sie wurden hiermit auf alles hingewiesen und bestätigen dies rechtswirksam mit Ihrer Unterschrift:

.....
Datum, Unterschrift