

**COVID-19 ANAMNESE**

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

**Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen SYMPTOME einer COVID-19 Erkrankung?**

**HAUPTSYMPTOME**

- Fieber > 37,5°C ja  wann..... nein
- Husten ja  wann..... nein
- Kurzatmigkeit ja  wann..... nein

**NEBENSYMPTOME**

- Müdigkeit/Abgeschlagenheit ja  wann..... nein
- Halsschmerzen ja  wann..... nein
- Kopfschmerzen ja  wann..... nein
- Muskelschmerzen ja  wann..... nein
- Verstopfte Nase ja  wann..... nein

**Haben oder hatten Sie COVID?** ja  von.....bis..... nein

**Waren Sie wegen COVID in Quarantäne ?** ja  von.....bis..... nein

**Haben Sie NASEN-RACHEN-ABSTRICHE zum Nachweis von SARS-CoV-2 gemacht und/oder serologische Tests zum ANTIKÖRPER Nachweis und mit welchem Ergebnis? Bitte evt. alle auflisten**

**PCR-RT (Molekulartest – Nasen-Rachenabstrich):**

nein  ja  mit Ergebnis: pos  neg  pos  neg  pos  neg

Datum..... Datum..... Datum.....

pos  neg  pos  neg  pos  neg

Datum..... Datum..... Datum.....

**Antigen- Schnelltest (SARS-CoV-2 Antigen Test – Nasenabstrich):**

nein  ja  mit Ergebnis: pos  neg  pos  neg  pos  neg

Datum..... Datum..... Datum.....

pos  neg  pos  neg  pos  neg

Datum..... Datum..... Datum.....

**Antikörper - Test (serologischer Test):**

nein  ja  mit Ergebnis: pos  neg  Datum.....

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)