

TEAM-GESUNDHEITS-CHECKLISTE

Für Athleten, Coaches, Betreuer sowie alle Personen, die in engem Kontakt mit den Athleten stehen

!!! VOR JEDEM TRAINING UND SPIEL AUSZUFÜLLEN !!!

Team:

Vorname:	Geb. Datum:
Nachname:	
Datum:	Uhrzeit:
Coach:	Halle:
Betreuer:	
Körpertemperatur:	Zusatz:

Symptome	ja	nein	Symptombeginn
Husten			
Atembeschwerden			
Gliederschmerzen			
Halsschmerzen			
Geschmackssinn verändert			
Geruchssinn verändert			
Kopfschmerzen			
Schnupfen			
Kontakt zu einer Covid-19 positiven Person in den letzte 24 Stunden			