

Selbstevaluation für Teilnehmerinnen und Teilnehmer an die SMJ Kutu M, SMJ Kutu F, SM/SMA Kutu

1. Gesundheitszustand in den vergangenen 14 Tagen

- a. Haben Sie in den vergangenen 14 Tagen Krankheitssymptome wie Husten, Fieber, andere Symptome der oberen Atemwege oder Geruchs- oder Geschmacksverlust gehabt? Ja Nein
- b. Hat jemand, mit dem Sie zusammenleben oder engen Kontakt haben, eines der oben aufgeführten Symptome? Ja Nein

2. Aktueller Gesundheitszustand

Haben Sie jetzt oder hatten Sie in den letzten 48 Stunden eines der folgenden Symptome:

- a. Halsschmerzen, Kratzen im Hals Ja Nein
- b. Husten Ja Nein
- c. Müdigkeit Ja Nein
- d. Atembeschwerden (z.B. Kurzatmigkeit, Brustschmerzen)
(ausgenommen: Asthma, Herzinsuffizienz, altersbedingt, Raucher etc.) Ja Nein
- e. Muskelschmerzen Ja Nein
- f. Gelenkschmerzen Ja Nein
- g. Schüttelfrost Ja Nein
- h. Verstopfte Nase Ja Nein
- i. Fieber Ja Nein
- j. Magen-/Darmsymptome, z.B. Durchfall Ja Nein
- k. Andere Symptome (Geschmackverlust oder Reduktion des Geruchsinns) Ja Nein

Wenn Sie auf mindestens eine dieser Fragen mit "Ja" geantwortet haben, sind Sie im Prinzip nicht teilnahmeberechtigt zum betreffenden Wettkampf.

Bitte nehmen Sie telefonisch mit Ihrem Hausarzt oder dem Verbandsarzt Kontakt auf und klären Sie die weiteren Massnahmen vor Ihrer Anreise zu uns ab!

Wir weisen Sie darauf hin, dass absichtliches oder fahrlässige nicht wahrheitsgetreues Beantworten des Fragebogens in dieser Selbstevaluation zu rechtlichen und finanziellen Folgen führen kann.

Datum: Unterschrift:

Name/Vorname:

(Bitte diese Seite ausfüllen, aber in eigenem Besitz behalten.)



Deklaration bezüglich Selbstevaluation der Gesundheitscheckliste zum Coronavirus

Hiermit erkläre ich, dass ich die Selbstevaluation der Gesundheits-Checkliste zum Coronavirus kurz vor Abreise an die SMJ KutuM - SMJ KutuF - SM/SMA* wahrheitsgetreu ausgefüllt und alle Fragen mit «Nein» beantwortet habe.

Mir sind die Hygiene- und Schutzmassnahmen des STV (analog BAG und BASPO) und ich verpflichte mich diese einzuhalten. Insbesondere isoliere ich mich sofort bei neu auftretenden Symptomen und kontaktiere telefonisch meinen Haus-/ bzw. Verbandsarzt, um die weiteren Massnahmen abzuklären.

Datum:

.....

Name/Vorname:

.....

Unterschrift:

(Unterschrift Erziehungsberechtigte Person bei Minderjährigen)

***Durchstreichen was nicht passt**

Bitte nur diese Seite ausdrucken, unterschreiben und jeweils bei der Eintrittskontrolle bei der Ankunft abgeben.

.