



## Franz Ganslmaier

Heilpraktiker für Psychotherapie (HeilPrG) – Erlebnispädagoge – Entspannungstherapeut

Dunsernstraße 3 - 83562 Rechtmehring

Tel: 0170 / 203 22 21

eMail: info@sich-erleben.net - www.sich-erleben.net

### Fragebogen zur Reduzierung des Risikos von Infektionskrankheiten

Zum Schutz unserer TeilnehmerInnen und Mitarbeiter haben wir diesen Fragebogen zusammengestellt. Damit sich alle TeilnehmerInnen und Mitarbeiter sicher fühlen können, bitten wir auch Sie, Ihren Beitrag dazu zu leisten, denn momentan ist alles ein wenig anders.

Bitte füllen Sie folgenden Fragebogen am Anreisetag aus und geben ihn uns bei der Ankunft ab.

**Ohne Abgabe des Fragebogens ist eine Teilnahme an dieser Freizeit nicht möglich.**

Vollständiger Name und Adresse des Teilnehmers bzw. der Teilnehmerin: \_\_\_\_\_

1. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einem verdächtigen oder bestätigten Corona-Patienten? Ja  Nein
2. Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in Ihrem gewöhnlichen häuslichen Wohnumfeld aufgehalten? Ja  Nein
3. Sind Sie in den letzten in ein Risikogebiet 14 Tagen verreist? Ja  Nein
4. Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen **uneingeschränkt** an die von der Regierung vorgegebene Kontaktverbots-Verordnung gehalten und werden es weiterhin tun?
5. Hatten Sie in den letzten 4 Tagen folgende Symptome?

*Die Frage bezieht sich auf akut aufgetretene oder verstärkte Symptome und schließt chronische Beschwerden und saisonale bzw. allergische Beschwerden aus. Sollten Sie eine chronische Erkrankung haben, vergleichen Sie für die Beantwortung der Frage Ihre derzeitigen mit Ihren bisherigen Beschwerden.*

Fieber (über 38 Grad)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schüttelfrost	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Durchfall	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Fühl(t)e ich mich schlapp oder abgeschlagen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Gliederschmerzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Geschmacks- und/oder Geruchsverlust	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Halsschmerzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Anhaltender Husten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Schnupfen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_