



Covid-19 Fragebogen Risikogruppe

Vorname: _____

Name: _____

Sind Sie

- ≥ 65 Jahre alt

Datum: _____

oder/und

weisen Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen auf:

- Bluthochdruck
- Diabetes
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Chronische Atemwegserkrankungen
- Erkrankungen und Therapie, die das Immunsystem schwächen
- Krebs

JA

NEIN

Unterschrift: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über die Risiken und Ansteckungsgefahr des Coronavirus informiert und aufgeklärt wurde

Ich habe mich entschlossen, mein Training auf eigene Verantwortung weiter zu führen.
