



### SKM Gesundheitstagebuch

Verein:	SK St. Magdalena
Mannschaft (JG):	
Name Spieler:	

Bitte ankreuzen

	JA	NEIN
1. Hastest du Kontakt von Angesicht zu Angesicht mit einem bestätigten Covid-19-Fall?		
2. Hast du grippale Anzeichen? (Husten? Schnupfen?)		
3. Leidest du an Kurzatmigkeit/Atemnot oder bekommst du allgemein schlecht Luft?		
4. Leidest du an einem plötzlichen Verlust des Geschmacks-/Geruchssinnes?		
5. Hast du Durchfall?		
6. Hast du Halsschmerzen?		
7. Fühlst du dich fiebrig?		

1. Hastest du Kontakt von Angesicht zu Angesicht mit einem bestätigten Covid-19-Fall?
2. Hast du grippale Anzeichen? (Husten? Schnupfen?)
3. Leidest du an Kurzatmigkeit/Atemnot oder bekommst du allgemein schlecht Luft?
4. Leidest du an einem plötzlichen Verlust des Geschmacks-/Geruchssinnes?
5. Hast du Durchfall?
6. Hast du Halsschmerzen?
7. Fühlst du dich fiebrig?

Trainingsdatum:
Gemessene Körpertemperatur:

**Datenschutz:** Die personenbezogenen Daten werden aufgrund einer gesetzlichen Verpflichtung zum Zwecke der Fortsetzung des Trainingsbetriebes gemäß den geltenden COVID-Bestimmungen verarbeitet und bei Wegfall der Rechtsgrundlage sofort gelöscht. Weitere Informationen erhalten Sie beim jeweils zuständigen Landesverband.

Ich wurde über die im ÖFB Präventionskonzept enthaltenen Verhaltensregelungen und Schutzmaßnahmen vom ÖFB informiert und versichere gegenüber allen verantwortlichen Beteiligten mich an diese zu halten und umzusetzen.

Datum, Ort:	Unterschrift (Erziehungsberechtigter):
-------------	---



### SKM Gesundheitstagebuch

Verein:	SK St. Magdalena
Mannschaft (JG):	
Name Spieler:	

Bitte ankreuzen

	JA	NEIN
1. Hastest du Kontakt von Angesicht zu Angesicht mit einem bestätigten Covid-19-Fall?		
2. Hast du grippale Anzeichen? (Husten? Schnupfen?)		
3. Leidest du an Kurzatmigkeit/Atemnot oder bekommst du allgemein schlecht Luft?		
4. Leidest du an einem plötzlichen Verlust des Geschmacks-/Geruchssinnes?		
5. Hast du Durchfall?		
6. Hast du Halsschmerzen?		
7. Fühlst du dich fiebrig?		

1. Hastest du Kontakt von Angesicht zu Angesicht mit einem bestätigten Covid-19-Fall?
2. Hast du grippale Anzeichen? (Husten? Schnupfen?)
3. Leidest du an Kurzatmigkeit/Atemnot oder bekommst du allgemein schlecht Luft?
4. Leidest du an einem plötzlichen Verlust des Geschmacks-/Geruchssinnes?
5. Hast du Durchfall?
6. Hast du Halsschmerzen?
7. Fühlst du dich fiebrig?

Trainingsdatum:
Gemessene Körpertemperatur:

**Datenschutz:** Die personenbezogenen Daten werden aufgrund einer gesetzlichen Verpflichtung zum Zwecke der Fortsetzung des Trainingsbetriebes gemäß den geltenden COVID-Bestimmungen verarbeitet und bei Wegfall der Rechtsgrundlage sofort gelöscht. Weitere Informationen erhalten Sie beim jeweils zuständigen Landesverband.

Ich wurde über die im ÖFB Präventionskonzept enthaltenen Verhaltensregelungen und Schutzmaßnahmen vom ÖFB informiert und versichere gegenüber allen verantwortlichen Beteiligten mich an diese zu halten und umzusetzen.

Datum, Ort:	Unterschrift (Erziehungsberechtigter):
-------------	---