

Deutsch

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Datum: _____

FRAGEBOGEN

Haben Sie den Verdacht das Coronavirus zu haben ? _____ JA ___ Nein

Waren Sie in den letzten 14 Tagen dem Virus ausgesetzt? ___ JA ___ NEIN

Sind Sie in den letzten 14 Tagen außerhalb von Deutschland gereist? ___ JA ___ NEIN

Haben Sie eines der folgenden Symptome?

Husten ___ JA ___ NEIN

Atemnot ___ JA ___ NEIN

Fieber > 37,77 Grad ___ JA ___ NEIN

Schüttelfrost oder wiederholtes Schütteln mit Schüttelfrost ___ JA ___ NEIN

Muskelschmerzen ___ JA ___ NEIN

Halsschmerzen ___ JA ___ NEIN

Kopfschmerz ___ JA ___ NEIN

Verlust von Geschmack oder Geruch ___ JA ___ NEIN

Ich versichere hiermit keines dieser Symptome zu haben und erlaube auf Nachfragen der zuständigen Behörde die Herausgabe des Fragebogens durch den Vorstand des FSC Suedpfalz e.V.

Dieser Fragebogen muss 30 Tage aufbewahrt werden danach wird er vernichtet

Unterschrift: _____

English

Name: _____ Date of birth: _____

Date: _____

QUESTIONNAIRE

Do you think you have the coronavirus? _____ YES ___ No

Have you been exposed to the virus in the last 14 days? ___ YES ___ NO

Have you travelled outside Germany in the last 14 days? YES. NO.

Do you have any of the following symptoms?

Cough __YES __ NO

Shortness of breath __YES __ NO

Fever > 37.77 degrees __YES __ NO

Chilling or repeated shaking with chills __YES __ NO

Muscle pain __ YES __ NO

Sore throat __ YES __NO

Headache __YES __ NO

Loss of taste or smell __ YES __ NO

I hereby assure not to have any of these symptoms and allow the board of directors of the FSC Suedpfalz e.V. to issue the questionnaire upon request of the competent authority.

This questionnaire has to be kept and will be destroyed afterwards

Signature: _____

Français

Nom : _____ Date de naissance :

Date :

QUESTIONNAIRE

Pensez vous avoir le coronavirus ? _____ OUI _____ NON

Avez-vous été exposé au virus au cours des 14 derniers jours ? OUI _____NON

Avez-vous voyagé en dehors de l'Allemagne au cours des 14 derniers jours ? OUI. NON.

Présentez-vous l'un des symptômes suivants ?

Toux __OUI __ NON

Essoufflement __OUI _____ NON

Fièvre > 37,77 degrés _____ OUI __ NON

Refroidissement ou secousses répétées avec frissons ___ OUI ___ NON

Douleurs musculaires ___ OUI ___ NON

Mal de gorge ___ OUI ___ NON

Maux de tête ___ OUI ___ NON

Perte du goût ou de l'odeur ___ OUI ___ NON

Par la présente, je m'engage à ne présenter aucun de ces symptômes et j'autorise le conseil d'administration de la FSC Suedpfalz e.V. à établir le questionnaire à la demande de l'autorité compétente.

Ce questionnaire doit être conservé et sera détruit par la suite

Signature : _____