

# Gesundheits- und Einverständniserklärung

Name:

**WICHTIG: wir bitten um's Ausfüllen max. zwei Tage vor Lagerbeginn sowie um sofortige Information, sollte sich in dieser Zeit bis zum Lager etwas verändern!**

Hast du im Moment / Hattest du in den letzten Tagen eines dieser Symptome?

	Ja, im Moment	Ja, in den letzten Tagen	Nein
Fieber / Fiebergefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockener Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel-, Gliederschmerzen, allg. Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautausschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hattest du in den letzten zehn Tagen engen Kontakt zu einer Person, die positiv auf Covid-19 getestet wurde?

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Warst du in der letzten Woche Risikosituationen ausgesetzt (z.B. grosse Partys, ungeschützte Menschenmenge, etc.)?

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja, folgende:

Ich bestätige, dass obenstehende Antworten der Wahrheit entsprechen, ausserdem habe ich das Schutzkonzept gelesen, verstanden und stimme diesem zu.

Datum, Ort

Unterschrift Teilnehmende/ Erziehungsberechtigte