

COVID-19 ANAMNESE

Name, Vorname : _____ Geboren: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Tel: _____ daheim: _____ Arbeit: _____

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen **SYMPTOME** einer COVID-19 Erkrankung?

HAUPTSYMPTOME

• Fieber > 37,5°C	ja ☐	wann.....	nein ☐
• Husten	ja ☐	wann.....	nein ☐
• Kurzatmigkeit	ja ☐	wann.....	nein ☐

NEBENSYMPTOME

• Müdigkeit/Abgeschlagenheit	ja ☐	wann.....	nein ☐
• Halsschmerzen	ja ☐	wann.....	nein ☐
• Kopfschmerzen	ja ☐	wann.....	nein ☐
• Muskelschmerzen	ja ☐	wann.....	nein ☐
• Verstopfte Nase	ja ☐	wann.....	nein ☐

COVID Impfung ja ☐ wann _____ nein ☐

1.Dosis

2.Dosis

3.Dosis (Booster)

Hatten Sie COVID in den letzten 120 Tagen?

ja ☐ von.....bis..... nein ☐

Ich erkläre, vom untersuchenden Facharzt für Sportmedizin auch über die Langzeitfolgen einer SARS-CoV-2 Infektion aufgeklärt worden zu sein. Im Sinne des Gesundheitsschutzes werde ich einen eventuellen positiven COVID-19 Test (auch ohne Symptome) oder das Vorhandensein von typischen Symptomen (wie unter anderem Fieber > 37,5°C, Husten, Abgeschlagenheit, Atemnot, Muskelschmerzen, Durchfall, Geruchsverlust, Geschmacksverlust), welche nach der heutigen Visite auftreten, außer meinem Hausarzt bzw. Kinderarzt, auch dem Vereinsarzt/Verbandsarzt, dem Facharzt für Sportmedizin, welcher das Zeugnis für die Wettkampfeignung ausgestellt hat, melden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

(für Minderjährige Unterschrift eines Elternteils)

ANAMNESI COVID-19

Nome, Cognome : _____ data di nascita: _____

Via: _____

CAP: _____ Località: _____

Tel: _____ casa: _____ lavoro: _____

Ha o ha avuto negli ultimi 14 giorni **SINTOMI** di una malattia COVID-19 ?

SINTOMI MAGGIORI

• Febbre > 37,5°C	si ☐	quando.....	no ☐
• Tosse	si ☐	quando.....	no ☐
• Dispnea	si ☐	quando.....	no ☐

SINTOMI MINORI

• Stanchezza	si ☐	quando.....	no ☐
• Mal di gola	si ☐	quando.....	no ☐
• Mal di testa	si ☐	quando.....	no ☐
• Dolori muscolari	si ☐	quando.....	no ☐
• Congestione nasale	si ☐	quando.....	no ☐

COVID Vaccinazione si ☐ quando _____ no ☐

1.Dose

2.Dose

3.Dose (Booster)

Ha avuto COVID negli ultimi 120 giorni?

si ☐ dal.....al..... no ☐

Dichiaro di essere stato informato dal medico visitatore, Specialista in Medicina dello Sport, dei possibili rischi per la salute, anche a distanza di tempo, conseguenti all'infezione da Sars-COV-2.

Pertanto, ai fini della salvaguardia della salute, mi impegno a comunicare, oltre che al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta, al Medico Sociale (ove presente) della Società / Federazione Sportiva Nazionale / Ente di Promozione Sportiva / Disciplina Sportiva Associata e al Medico Specialista in Medicina dello Sport / Struttura di Medicina dello Sport che ha rilasciato la certificazione d'idoneità, una eventuale positività al Covid-19 (anche in assenza di sintomi) o del sopraggiungere di sintomatologia riferibile (tra i quali, a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia – disturbi dell'olfatto, ageusia – disturbi del gusto) comparsi successivamente alla data della visita odierna.

Data: _____

Firma: _____

(per i minorenni firma del genitore)