

Hygieneschutzkonzept  
zur Durchführung von  
Seniorenangeboten

## Gesundheitsfragebogen

### Die AHA-Formel



Bitte vollständig ausfüllen und den  
DRK-Mitarbeiter\*innen vorlegen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Daten des Teilnehmenden:

_____ Name	_____ Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße, Hausnummer	_____ PLZ, Wohnort	
_____ Telefonnummer	_____ Bemerkung	

### Angaben zur Risikoeinschätzung:

Sind Sie eine Kontaktperson eines bestätigten Falles (SARS-Cov2 / COVID 19)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie eine Kontaktperson zu einem Verdachtsfall (SARS-Cov2 / COVID 19)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Haben oder hatten Sie folgende Symptome in den letzten 14 Tagen?		
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fieber, Schüttelfrost	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schnupfen, Halsschmerzen, Heiserkeit, Schluckstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Husten, Auswurf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kopf- und/oder Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geschmacks- und/oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen-Darm-Symptome, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. Reizdarm, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Luftnot und/oder Schmerzen beim Atmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Durch meine Unterschrift bestätige ich die  
Richtigkeit meiner Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Soweit keine Hinderungsgründe entgegenstehen, wird der  
Auskunftsbogen spätestens 21 Tage nach Veranstaltungsende  
vernichtet.