



TSV Germania Lamme 1946 e.V.

Gesundheitsfragebogen/Einverständniserklärung – Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des neuartigen Corona-Virus

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Abteilung: _____

Gruppe/Mannschaft: _____

1. Einverständniserklärung

Ich bin über die Empfehlungen des DOSB / des Landes Niedersachsen / des TSV Germania Lamme e.V. zur Wiederaufnahme des Sportes während der Corona-Pandemie informiert worden.

Mir wurden die Verhaltens- und Hygieneregeln erklärt und ich bin bereit, diese einzuhalten und die entsprechenden Anweisungen der Trainer/innen und Übungsleiter/innen zu befolgen. Mir ist bekannt, dass auch bei der Durchführung des Sports in der Gruppe für mich ein Restrisiko besteht, mich mit dem neuartigen Corona-Virus zu infizieren.

Ich habe mit meinen Trainern/innen und Übungsleitern/innen über mein persönliches Risiko aufgrund meines Alters und/oder meiner Vorerkrankungen gesprochen.

Meine Teilnahme ist freiwillig. Ich erkläre, dass ich bei Krankheitssymptomen und/oder nach Kontakt mit infizierten Personen – insofern ich davon Kenntnis erlange – nicht am Sport teilnehmen werde. Sollte innerhalb von zwei Wochen nach der Teilnahme am Sport eine Infektion oder der Kontakt zu einer infizierten Person festgestellt werden, informiere ich den Verein umgehend darüber.

Ich wurde darüber informiert, dass meine personenbezogenen Daten sowie Informationen über Krankheitssymptome oder dem Kontakt zu infizierten Personen zusätzlich zu der bisherigen Verarbeitung ausschließlich unter strengster Beachtung der EU DSGVO verwendet werden, um den Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes sowie etwaiger einschlägiger aktueller Vorschriften Genüge zu tun.

Ich willige in die Teilnahme am Sport unter den oben genannten Bedingungen ein.

Ort, Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift der Sorgeberechtigten)

2. Gesundheitsfragen

Nr.	Gesundheitsfragen	Ja (ankreuzen)	Nein (ankreuzen)
1	Ich habe erkennbare Symptome einer COVID-19 Erkrankung oder jegliche Erkältungssymptome Symptome: Fieber, Husten, Schnupfen, Kurzatmigkeit, Atemnot, Halsschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen, verstopfte Nase, Fehlen von Geruchs- und Geschmacksinn, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Bindehautentzündung, Hautausschlag, Apathie		
2	Ich hatte in den letzten 14 Tagen wissentlichen Kontakt mit „Rückkehrern“ oder Personen, bei denen das neuartige Coronavirus nachgewiesen wurde		
3	Ich habe mich in den letzten 14 Tagen in einem vom RKI festgelegten Risikogebiet aufgehalten		

Hiermit bestätige ich, dass die oben aufgeführten Angaben wahr und richtig sind. Ich bin mir bewusst, dass falschen Angaben erhebliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheitssituation haben können.

Ort, Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift der Sorgeberechtigten)

