



**Einverständniserklärung Teilnehmer/in zur Teilnahme am Vereinssport
während der Corona-Pandemie**

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Gruppe: _____

Ich bin über die Empfehlungen des TV Conweiler zur Wiederaufnahme des Vereinssportes während der Corona-Pandemie informiert worden. Mir wurden die Verhaltens- und Hygieneregeln erklärt und ich bin bereit, diese einzuhalten und die entsprechenden Anweisungen des/der Übungsleiter/in zu befolgen.

Mir ist bekannt, dass auch bei der Durchführung des Vereinssportes in der Gruppe für mich ein Restrisiko besteht, mich mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zu infizieren.

Ich habe bei bestehendem Risikoprofil mit dem/der Übungsleiter/in über mein persönliches Risiko aufgrund meines Alters und/oder meiner Vorerkrankungen gesprochen. Meine Teilnahme ist freiwillig.

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

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 des Datenschutzes verwendet werden, um den Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes sowie etwaiger einschlägiger aktueller Vorschriften Genüge zu tun.

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

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer*in

- **Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlichen Kontakt zu einem COVID-Patienten?**

Ja  keine Teilnahme

Nein



- **Waren Sie in den letzten 14 Tagen gesund?**

Nein  keine Teilnahme

JA



- **Hatten Sie folgende Symptome?**

Haben Sie klinische Symptome?

Ja / Nein

Tage ab Symptombeginn: Tage

Klinische Symptomatik:

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| Fieber | <input type="checkbox"/> |
| Husten (trocken o. produktiv) | <input type="checkbox"/> |
| Atemnot | <input type="checkbox"/> |
| Schüttelfrost | <input type="checkbox"/> |
| Kopf-/Gliederschmerzen | <input type="checkbox"/> |
| Schnupfen | <input type="checkbox"/> |
| Durchfall | <input type="checkbox"/> |
| Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> |
| Verlust Geruchs-/Geschmackssinn | <input type="checkbox"/> |
| Abgeschlagenheit | <input type="checkbox"/> |

- **Ein oder mehrere Symptom(e)?**

Ja  keine Teilnahme

Nein



- **Haben Sie einen der folgenden Risikofaktoren?**

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---|
| Pulmonal (z.B. COPD) | <input type="checkbox"/> | } |
| Kardial (z.B. Herzinsuffizienz) | <input type="checkbox"/> | |
| Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> | |
| Immunsuppression | <input type="checkbox"/> | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | |
| Alter (≥ 60 J.) | <input type="checkbox"/> | |

Ja  Bitte entscheiden Sie, ob Sie das erhöhte Risiko bewusst eingehen wollen und informieren Sie den Übungsleiter darüber.

Nein  Teilnahme möglich