



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

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Gruppe: _____

Ich bin über die Hinweise 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 (Rest-)Risiko besteht, mich mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zu infizieren.

Insbesondere ist eine höhere Infektionsgefahr durch neue Virusmutationen, z.B. der britischen Variante, gegeben.

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 – bis zu einer negativen Testung oder dem Ablauf von 2 Wochen präventiver Quarantäne nicht am Vereinssport vor Ort im Realbetrieb 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 Kontakt zu infizierten Personen zusätzlich zu der bisherigen Verarbeitung ausschließlich unter strengster Beachtung des Datenschutzes verwendet werden, um den Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes sowie einschlägiger aktueller Vorschriften Genüge zu tun.

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

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer*in

Diese Einverständniserklärung sowie die 2. Seite sind vor der ersten Teilnahme am nach dem 21.06.2021 wieder beginnenden Sportbetrieb ausgefüllt und unterschrieben dem Übungsleiter zu übergeben!

SCREENING-FRAGEN zur KLÄRUNG der TEILNAHMEVORAUSSETZUNGEN

- **Wurden Sie bereits gegen SARS-CoV-2 geimpft?**

(Impfschutz besteht ab 14 Tage nach Abschluss der Impfung, vorher ist eine Testung erforderlich.)

Nein / ja

→ wenn ja: Datum 1. Impfung: _____ / 2. Impfung: _____

(Bitte Impfnachweis mitbringen und vorzeigen – Vielen Dank!)

- **Haben Sie eine SARS-CoV-2-Infektion durchgemacht?**

(4 Wochen ab positivem Befund ist keine Teilnahme am Sport möglich. Nach 6 Monaten nach der Infektion gilt der Schutz als nicht mehr gegeben → Dann ist eine Impfung oder Testung erforderlich.)

Nein / ja

→ wenn ja: Datum des positiven Laborbefunds: _____

(Bitte Nachweis mitbringen und vorzeigen – Vielen Dank!)

- **Ist bei Ihnen ein tagesaktueller Antigen-Schnelltest durchgeführt worden?**

Nein / Ja

→ wenn ja: Datum / Uhrzeit: _____ / Ergebnis: _____

(Bitte Bescheinigung mitbringen und vorzeigen – Vielen Dank!)

Liegt kein Test vor, können unsere geschulten Übungsleiter einen Selbsttest beaufsichtigen und eine Bescheinigung des Tests ausstellen. Bitte vorab anmelden unter organisation@tvconweiler.de

- **Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Virusvarianten-/ Hochinzidenz-Gebiet?**

Ja 


keine Teilnahme

Nein 

- **Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt zu COVID-Patienten / Quarantänepersonen?**

Ja 

keine Teilnahme

Nein 

- **Hatten Sie in den letzten 14 Tagen folgende Symptome?**

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| 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 Symptome?


Ja 

keine Teilnahme

Nein 

- **Trifft einer bzw. treffen mehrere der folgenden Risikofaktoren bei Ihnen zu?**

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| Durchgemachte COVID Infektion | <input type="checkbox"/> |
| 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

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihr Engagement! Ihr TV Conweiler 1902 e.V.

Kontroll-Blatt ab der 2. Teilnahme

Diese Fragen sollten Sie sich selbst jeweils vor dem Besuch der Sportstunden ab Ihrer 2. Teilnahme stellen. Gerne können Sie dieses Blatt auch ausgedruckt und ausgefüllt beim Übungsleiter abgegeben – insbesondere wenn sich relevante Veränderungen gegenüber dem ersten Screening- Bogen auf Seite 2 dieses Dokuments ergeben haben. Vielen Dank!

- **Wurden Sie bereits gegen SARS-CoV-2 geimpft?**

(Impfschutz besteht ab 14 Tage nach Abschluss der Impfung, vorher ist eine Testung erforderlich.)

Nein / ja → wenn ja: Datum 1. Impfung: _____ / 2. Impfung: _____
(Bitte Impfnachweis mitbringen und vorzeigen – Vielen Dank!)

- **Haben Sie eine SARS-CoV-2-Infektion durchgemacht?**

(4 Wochen ab positivem Befund ist keine Teilnahme am Sport möglich. Nach 6 Monaten nach der Infektion gilt der Schutz als nicht mehr gegeben → Dann ist eine Impfung oder Testung erforderlich.)


Nein / ja → wenn ja: Datum des positiven Laborbefunds: _____
(Bitte Nachweis mitbringen und vorzeigen – Vielen Dank!)

- **Ist bei Ihnen ein tagesaktueller Antigen-Schnelltest durchgeführt worden?**

Nein / Ja → wenn ja: Datum / Uhrzeit: _____ / Ergebnis: _____
(Bitte Bescheinigung mitbringen und vorzeigen – Vielen Dank!)

Liegt kein Test vor, können unsere geschulten Übungsleiter einen Selbsttest beaufsichtigen und eine Bescheinigung des Tests ausstellen. Bitte vorab anmelden unter organisation@tvconweiler.de

- **Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Virusvarianten-/ Hochinzidenz-Gebiet?**

Ja  keine Teilnahme

Nein 

- **Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt zu COVID-Patienten / Quarantänepersonen?**

Ja  keine Teilnahme

Nein 

- **Hatten Sie in den letzten 14 Tagen folgende Symptome?**

Fieber

Husten (trocken o. produktiv)

Atemnot

Schüttelfrost

Kopf-/Gliederschmerzen


Schnupfen


Durchfall

Halsschmerzen

Verlust Geruchs-/Geschmackssinn

Abgeschlagenheit

Ein oder mehrere Symptome? Ja  keine Teilnahme

Nein  Teilnahme möglich! Herzlich Willkommen!

Ort, Datum

Name und Unterschrift Teilnehmer*in