



Kenntnisnahme des Hygienekonzeptes, Einhaltung- & Einverständniserklärung, Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

Vor- und Nachname: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon: _____

Hiermit bestätige ich _____ (Name), dass ich die Hygienerichtlinien des TSV 09 Bottendorf e.V. für den 12. Burgwald-Triathlon gelesen habe und diese bei meiner Teilnahme am 12. Burgwald-Triathlon akzeptieren und beachten werde. Ferner erkenne ich die Teilnahmebedingungen und den Haftungsausschluss des Burgwald-Triathlons an.

Weiterhin habe ich den SARS-CoV-2-Fragebogen zur Selbstkontrolle gelesen. Ich bin darüber informiert, dass ich mit Abgabe dieser unterschriebenen Erklärung bestätige, dass ich die in dem Fragebogen Abschnitt B gestellten Fragen mit „NEIN“ beantworten kann. Sollte ich zum Zeitpunkt der Abgabe dieser Erklärung, am Sonntag, den 11.07.2021, eine der Fragen aus Abschnitt B mit „JA“ beantworten müssen, werde ich nicht zum 12. Burgwald-Triathlon anreisen, um andere Personen nicht zu gefährden.

Mir ist bekannt, dass ich im Falle von Verstößen gegen die Hygienerichtlinien vom Wettkampf ausgeschlossen und vom Veranstaltungsgelände verwiesen werden kann.

Die registrierten Daten werden vom Vorstand des TSV 09 Bottendorf e.V. zentral verarbeitet und gemäß den gesetzlichen Datenschutzvorschriften vertraulich behandelt. Eine Weitergabe dieser Daten erfolgt ausschließlich auf Anfrage einer Behörde, bzgl. der Nachverfolgung einer etwaigen Infektionskette im Zusammenhang mit dem 12. Burgwald-Triathlon.

Für meine Teilnahme am 12. Burgwald-Triathlon übernehme ich die alleinige Verantwortung. Insbesondere wenn ich zu einer Risikogruppe gehöre, werde ich besonders achtsam handeln.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen Unterschrift Erziehungsberechtigte/r*: _____

*Als Erziehungsberechtigter übernehme ich die Verantwortung, dass mein Kind gesund zum Wettkampf kommt und über die Hygienevorgaben ausreichend informiert ist und diese befolgt.



Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

----- nur zur Selbstkontrolle - bitte nicht abgeben -----

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2	Ja	Nein
Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tagen?		
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben: <hr/>		

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten 14 Tage)	Ja	Nein
Fieber		
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen		
Husten		
Dyspnoe (Atemnot)		
Geschmacks- und/oder Riechstörungen		
Halsschmerzen		
Rhinitis (Schnupfen)		
Diarrhoe (Durchfall)		