

# Gesundheitsfragebogen Coronavirus SARS-CoV-2



Maßnahme " \_\_\_\_\_ "

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefon (Mobil)
Adresse	Email

	Ja	Nein
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Erkältungssymptome (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Atembeschwerden, Geschmacks- oder Geruchsverlust)?		
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eines der folgenden Symptome? - Fieber - Brustschmerzen - Kopfschmerzen - Übelkeit / Erbrechen - Durchfall		
Hatten Sie Kontakt zu jemanden mit einem bestätigten Coronavirus SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tagen?		
Bestand in den letzten 14 Tagen die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit Coronavirus SARS-CoV-2?		
Haben Sie sich in den vergangenen 14 Tagen in einem durch die deutsche Bundesregierung ausgerufenen "Risikogebiet" (RED COUNTRY) aufgehalten?		
Sind Sie durch einen COVID-19 PCR Test in den letzten 14 Tagen positiv auf Coronavirus SARS-CoV-2 getestet worden?		

Sollte eine der Fragen mit "Ja" beantwortet werden, ist die Teilnahme an der Maßnahme nur mit einem aktuellen negativen COVID-19 PCR Test möglich.

Dieser Test darf nicht älter als 48 Stunden sein. Ansonsten ist die Teilnahme untersagt.

Mit der Unterschrift auf diesem Formular bestätigt der Teilnehmer sich mit dem Hygienekonzept des BSBV vertraut gemacht zu haben und die Regeln zu beachten.

Der Teilnehmer ist sich dessen bewusst, dass es immer ein geringes Restrisiko der Ansteckung gibt .

Die Teilnahme erfolgt auf eigene Verantwortung und es besteht kein Haftungsanspruch gegenüber Dritte ( Trainer, Betreuer und Präsidium des BSBV).

Ihre personenbezogenen Daten werden gelöscht und die Formulare vernichtet, sobald der Zweck der SARS-CoV-2 Rückverfolgung entfallen ist (Spätestens 1 Monat nach dem Termin der Veranstaltung)

Datum	Unterschrift
-------	--------------