



Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

Wir sind derzeit dazu verpflichtet, Kontaktdaten und Aufenthaltszeiten unserer Teilnehmer*innen zur Ermöglichung des Monitorings der Corona-Pandemie zu dokumentieren.

Bitte tragen Sie Ihre Kontaktdaten in das folgende Formular ein. Die Daten dienen der Rückverfolgbarkeit nach der aktuellen CoronaSchVo, um im Falle einer Infizierung mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 sämtliche Personen der Gesundheitsbehörde benennen zu können.

Sollten Sie mit der Erfassung dieser Daten nicht einverstanden sein, dürfen Sie den Veranstaltungsort leider nicht betreten. Der*die Unterzeichner*in versichert mit seiner*ihrer Unterschrift, dass die Daten korrekt angegeben wurden. Folgekosten aus inkorrektur Angabe werden auf den*die Unterzeichner*in umgelegt.

Zweck der Rechtsgrundlage der Verarbeitung

Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck der Rückverfolgbarkeit von Infektionskrankheiten im Zusammenhang mit dem Coronavirus SARS-CoV-2.

Übermittlung von Daten an Dritte

Eine Übermittlung der o.g. Daten erfolgt nur an das zuständige Gesundheitsamt zu den o.g. Zwecken. Ihre Daten werden ausschließlich auf Grundlage der o.g. Rechtsgrundlagen an Dritte weitergegeben. Sie werden ausdrücklich nicht für Werbezwecke verwendet.

Dauer der Speicherung

Die Daten werden 4 Wochen ab dem Zeitpunkt der Veranstaltung gespeichert. Anschließend werden sie ordnungsgemäß vernichtet.

Das Hygienekonzept für die DM habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiert.

Personenbezogene Daten:

Name:		Vorname:	
Geb.-Datum:		Funktion:	
Verein:			
Adresse:		Telefon:	

Kontaktrisiko-Evaluation

	Ja	Nein
Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tage?		
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben: _____.____._____		
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb Deutschlands? Wenn ja, bitte aufführen wann und wo:		

Symptomevaluation

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)		

Mit der Unterschrift bestätige ich, die Richtigkeit meiner Angaben und dass die Teilnahme an der Veranstaltung auf Freiwilligkeit basiert. Ich erkläre mich damit einverstanden, die bestehenden Regelungen und Verfahrensweisen zu den Hygienemaßnahmen im Zusammenhang mit der DM Sitzvolleyball einzuhalten und dafür Sorge zu tragen. Im Fall einer Infektion oder des Verdachts auf eine COVID-19-Infektion wird der DBS keine unmittelbaren oder mittelbaren Folge- oder Zusatzkosten übernehmen, die aus der Teilnahme resultieren.

Datum und Unterschrift, bei Minderjährigen Unterschrift des*der gesetzlichen Vertreter*in