

Selbsterklärung Gesundheitszustand „Aktive Beteiligte“



⚠ = Pflichtfeld

Im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie ist die Volleyball Bundesliga GmbH aufgefordert, bestimmte Schutzmaßnahmen einzuhalten, um eine Wiederaufnahme des Spielbetriebes zu ermöglichen. Um die Gesundheit der Spieler und aller an der Organisation des Spielbetriebs Beteiligter zu schützen, bitten wir um Ihre Unterstützung.

Name, Vorname (Kontaktperson): _____

Telefonnummer (ggf. mobil): _____

Mannschaft / Gruppe: _____

Spieltag / Datum: _____

Mit ihrer Unterschrift bestätigen die nachfolgenden Personen,

- dass bei diesen aktuell kein positiver COVID-19-Test vorliegt.
- dass sich diese innerhalb der letzten 14 Tage nicht in einem Risikogebiet (lt. Robert-Koch-Institut) aufgehalten haben.
- dass diese aktuell nicht unter typischen Symptomen einer COVID-19- Infektion leiden und auch innerhalb der letzten 14 Tage nicht daran gelitten haben.

Typische Symptome für eine Covid-19-Infektion sind: Trockener Husten, Fieber, Kurzatmigkeit, Kopf-, Hals- und Gliederschmerzen sowie Einschränkungen des Geschmacks- und Geruchssinns.

- dass diese innerhalb der letzten 14 Tage keinen Kontakt zu einer Person hatten, die
 - positiv auf COVID-19 getestet wurde,
 - innerhalb der letzten 14 Tage in einem Risikogebiet (lt. Robert-Koch-Institut) war,
 - an typischen Symptomen einer COVID-19-Infektion leidet.
- dass bei der Messung der Körpertemperatur keine Abweichungen festgestellt wurden.
- dass die vorgegebenen Hygiene- und Abstandsregelungen einhalten werden.

Ein Zutritt zum Austragungsort des Spiels ist nur gestattet, wenn alle Angaben bestätigt werden.

Wir bitten alle nachfolgenden Personen,

- uns unverzüglich zu informieren, wenn sich im Nachhinein etwas an den gemachten Angaben ändert. (z.B. Wenn innerhalb von 14 Tagen nach dem Spiel typische Symptome einer COVID-19-Infektion auftreten.)
- uns zu unterstützen, wenn wir gesetzlich verpflichtet sind, im Nachhinein weitere Informationen einzuholen, um die Ausbreitung einer COVID-19-Infektion zu verhindern und Kontaktpersonen zu schützen.

Mit ihrer Unterschrift bestätigen die nachfolgenden Personen auch,

- dass die oben aufgeführten Angaben richtig und wahrheitsgemäß sind.
- dass ihnen bewusst ist, dass falsche Angaben schwere Auswirkungen auf die Gesundheit der Spieler und aller an der Organisation des Spielbetriebs Beteiligter sowie deren Angehörigen haben können.
- dass ihnen bewusst ist, dass trotz umfangreicher Schutzmaßnahmen ein Restrisiko besteht, sich bei dem oben genannten Spiel mit COVID-19 zu infizieren.
- dass sie die ausliegenden Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen haben und einverstanden sind, dass ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden. Die ausführlichen Erläuterungen zu den zweckgebundenen Rechtsgrundlagen, die Voraussetzungen für die Datenweitergabe und die Hinweise zu den besonderen Speicherfristen sind in den „Datenschutzinformationen nach Artikel 13 DSGVO zu den Maßnahmen im Zusammenhang mit der Covid-19 Pandemie“ zu finden.

Name	Vorname	Unterschrift
