

## Bogen zur Teilnehmer-Erfassung

(Rückseite beachten!)

Datum	
Sportart / Abteilung	
Name, Vorname	
Adresse	
Telefon	
Email	

	Ja	Nein
Negativer Testnachweis (max. 24h alt) vorhanden, vollständig geimpft oder von einer Covid19-Erkrankung genesen (Nachweis max. 6 Monate alt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht die behördliche Anordnung einer Quarantäne im Zusammenhang mit Covid19? (Ggf. bitte Ablaufdatum angeben!)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lag in den letzten 7 Tagen eins der folgenden Symptome vor? ○ Fieber ○ Allgemeines Krankheitsgefühl ○ Kopf- & Gliederschmerzen ○ Husten ○ Atemnot ○ Geschmacks- und/oder Riechstörungen ○ Halsschmerzen ○ Schnupfen ○ Durchfall Bei Beantwortung mit „Ja“ darf eine Teilnahme erst nach ärztlicher Rücksprache erfolgen!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sollten sich Änderungen zu den hier gemachten Angaben ergeben, ist dies dem Verein bzw. der Übungsleitung schnellstmöglich mitzuteilen!**

Aktuelle Informationen unter:

[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/nCoV.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV.html)

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der gemachten Angaben:

-----

(Name)

-----

(Unterschrift)

Quellen: Wiedereinstiegskonzept vereinsbasiertes Sporttreiben –  
Organisationshilfe des DTB, Stand 12.05.2020  
SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)  
des RKI, Stand: 03.06.2021