

Coronaviren-Hygiene und Infektionsschutzkonzept SfbB Gladbeck

Selbsterklärung für aktive Teilnehmer an der Übungsstunde

Allgemeine Angaben zur Person

Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Besuchstag:	

Angaben zu Erkältungssymptomen

Haben sich in den letzten 14 Tagen eine der folgenden Symptome gezeigt?

	JA	NEIN
Fieber Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschmacks- oder Geruchsverlust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. Allergien) erklärbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	JA	NEIN
Bestand innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vom Hygienebeauftragten auszufüllen:

	JA	NEIN
Einweisung in die Hygienemaßnahmen sind erfolgt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einlass wurde gewährt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mit meiner Unterschrift bin ich mit der Weitergabe von Personenkontaktdaten gemäß Corona-Schutzverordnung NRW nebst den entsprechenden Datenschutzhinweisen (zugleich Informationspflichten nach Artikel 13 DSGVO) einverstanden.

Datum:		
Uhrzeit:	von:	bis:
Unterschrift Mitglied:		