

VfL Münster e.V - Postfach 1112 - 64833 Münster

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_



## **Hygienehinweise Einhaltungserklärung & Einverständniserklärung Teilnehmer *und bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigten***

Hiermit bestätige ich \_\_\_\_\_ (Name), dass ich die Hygiene-richtlinien des VfL Münster e.V. für den Moret gelesen habe (*Download über [vfl-muenster.de](http://vfl-muenster.de)*) und diese bei meiner Teilnahme am Moret-Triathlon akzeptieren und umsetzen werde. Ferner erkenne ich die Teilnahmebedingungen und den Haftungsausschluss des Moret Triathlon an.

**Weiterhin habe ich den SARS-CoV-2-Fragebogen zur Selbstkontrolle gelesen.** Ich bin darüber informiert, dass ich beim Check-In am Sonntag mit meiner Unterschrift auf der Teilnehmerliste bestätige, dass die in dem Fragebogen Abschnitt *B* gestellten Fragen mit „NEIN“ beantwortet werden können. Sollte ich zum Zeitpunkt des Check-In am Sonntag den 20.09.2020 eine der Fragen aus Abschnitt *B* des Fragebogens mit „JA“ beantworten müssen, werde ich nicht zum Moret Triathlon kommen, um andere Teilnehmer nicht zu gefährden.

Mir ist bekannt, dass ich im Falle von Verstößen gegen die Hygienerichtlinien vom Wettkampf ausgeschlossen werden kann.

Meine persönlichen Daten auf den Dokumentationsunterlagen gem. des Hygienekonzepts des Gesamtvereins dürfen im Rahmen der Allgemeinen Datenschutzbestimmungen in der VfL-Geschäftsstelle verarbeitet werden und dürfen nur im Zusammenhang mit einer eventuellen Nachverfolgung einer Infektionskette an die zuständigen Behörden (Gesundheitsamt) weitergegeben werden.

Für meine Teilnahme am Sportbetrieb übernehme ich die alleinige Verantwortung. Insbesondere wenn ich zu einer Risikogruppe gehöre, werde ich besonders achtsam handeln.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Teilnehmer: \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen Unterschrift Erziehungsberechtigte/r\*: \_\_\_\_\_

*\*Als Erziehungsberechtigter übernehme ich die Verantwortung, dass mein Kind gesund zum Wettkampf kommt und über die Hygienevorgaben ausreichend informiert ist und diese befolgt.*

----- nur zur Selbstkontrolle bitte nicht abgeben -----

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontakttrisikos mit SARS-CoV-2 und zur aktuellen klinischen Symptomatik

**Abschnitt A**

Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? <b>Wenn ja, bitte ausführlich wann und wo:</b>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage in einem Risikogebiet? <b>Wenn ja, bitte ausführlich wann und wo:</b>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

**Abschnitt B (Bitte berücksichtigen Sie die letzten 14 Tage!)**

Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Fieber <i>Hinweis: Jede Körpertemperatur oberhalb von 37,5° Celsius kann nach Auffassung des Gesundheitsamts Anzeichen einer Erkrankung sein.</i>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Husten	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Dyspnoe (Atemnot)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Geschmacks- und/oder Riechstörungen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Halsschmerzen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Rhinitis (Schnupfen)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Diarrhoe (Durchfall)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>