

## Fragebogen vor Wiederaufnahme des systematischen Trainings beim HSV Frankfurt (Oder) e.V.

Die Stadt Frankfurt (Oder) macht eine Zulassung des HSV Frankfurt (Oder) und seiner Mannschaften zum Trainingsbetrieb von einem Schutzkonzept und dessen Einhaltung abhängig. Die nachfolgenden Daten werden zu dem Zweck erhoben, dem städtischen Schul- und Sportamt auf Anforderung die Einhaltung des Schutzkonzeptes nachweisen zu können. Außerdem dienen die ausgefüllten Formulare der Dokumentation von Kontaktpersonen zum Zweck der Nachverfolgung und Unterbrechung von Infektionsketten. Auf anlassbezogene Anfrage des städtischen Gesundheitsamtes wird der Verein deshalb auf der Grundlage dieser Fragebögen die Namen der Teilnehmer von Trainingsveranstaltungen mitteilen, an denen Sportler teilgenommen haben, die als Verdachtsfall gelten. Zu anderen Zwecken werden diese Daten nicht genutzt. Die Daten werden bis zu 6 Monaten aufbewahrt und sodann vernichtet.

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Mannschaft: \_\_\_\_\_

Trainer: \_\_\_\_\_

Hatten Sie eine gesicherte COVID-19-Krankheit?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wann?.....
Wurden Sie auf das Coronavirus (SARS CoV-2) getestet?	Nein <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Datum.....
Hatten Sie Kontakt zu einer positiv auf das Coronavirus getesteten Person/einer Person mit COVID -19 Erkrankung?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wann?.....
Waren Sie bisher in häuslicher Quarantäne? Wenn ja, geben Sie bitte einen Grund dafür an!	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Grund.....

### Haben Sie derzeit eines oder mehrere der u.a. Symptome?

Fieber	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
trockenen Husten	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Atemnot	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

**Hiermit bestätige ich, dass ich die Angaben wahrheitsgemäß leiste. Mir ist bewusst, dass ich bei Symptomen/positiver Anamnese keine Freigabe zur Aufnahme des Trainingsbetriebs erhalte und das ich im Falle neu auftretender Symptome den Trainingsbetrieb unmittelbar beende und mich in medizinische Beratung bzw. Behandlung gebe. Ich verpflichte mich beim Auftreten von Symptomen und Kenntnis, dass ich Kontaktperson bin einer COVID 19-Erkrankung den Trainer und den Vorstand des HSV Frankfurt (Oder) e.V. zu informieren. Die persönlichen Daten können auf Antrag jederzeit gelöscht werden, was zur Folge hat, dass keine Trainingsteilnahme am Trainingsprozess möglich ist.**

-----  
Ort/Datum

Unterschrift

Sorgeberechtigter bei Mitglieder unter 18 Jahre