

Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

Wir sind derzeit dazu verpflichtet, Kontaktdaten und Aufenthaltszeiten unserer Besucher zur Ermöglichung des Monitorings der Corona-Pandemie zu dokumentieren.

Bitte tragen Sie ihre Kontaktdaten in das folgende Formular ein. Die Daten dienen der Rückverfolgbarkeit nach der aktuellen CoronaSchVo, um im Fall einer Infizierung mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 sämtliche Personen der Gesundheitsbehörde benennen zu können.

Sollten Sie mit der Erfassung dieser Daten nicht einverstanden sein, dürfen Sie die Radrennbahn, Frankfurt Oder zu dieser Veranstaltung leider nicht betreten. Der Unterzeichner versichert mit seiner Unterschrift, dass die Daten Korrekt angegeben wurden. Folgekosten aus inkorrektur Angabe werden auf den Unterzeichner umgelegt.

Zweck der Rechtsgrundlage der Verarbeitung

Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck der Rückverfolgbarkeit von Infektionskrankheiten im Zusammenhang mit dem Coronavirus SARS-CoV-2.

Übermittlung von Daten an Dritte

Eine Übermittlung der o.g. Daten erfolgt nur an das zuständige Gesundheitsamt zu den o.g. Zwecken. Ihre Daten werden ausschließlich auf Grundlage der o.g. Rechtsgrundlagen an Dritte weitergegeben. Sie werden ausdrücklich nicht für Werbezwecke verwendet.

Dauer der Speicherung

Die Daten werden 4 Wochen ab dem Zeitpunkt ihres Besuchs bei uns gespeichert. Anschließend werden Sie ordnungsgemäß vernichtet.

Das Hygienekonzept für die DM Para Radsport habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiert.

Personenbezogene Daten:

| | | | |
|------------|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|
| Name: | <i>Vorausgefüllt anhand Meldung</i> | Vorname: | <i>Vorausgefüllt anhand Meldung</i> |
| Geb.-Jahr: | <i>Vorausgefüllt anhand Meldung</i> | Funktion: | <i>Vorausgefüllt anhand Meldung</i> |
| Verein: | <i>Vorausgefüllt anhand Meldung</i> | | |
| Adresse: | | Telefon: | |

Bitte wenden....

Kontaktrisiko-Evaluation

| | Ja | Nein |
|---|----|------|
| Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tagen ? | | |
| Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 ? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben: _____.____._____ | | |
| Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb Deutschlands ? Wenn ja, bitte aufführen wann und wo: | | |

Symptomevaluation

| Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten 14 Tage) | Ja | Nein |
|--|----|------|
| Fieber | | |
| Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen | | |
| Husten | | |
| Dyspnoe (Atemnot) | | |
| Geschmacks- und/oder Riechstörungen | | |
| Halsschmerzen | | |
| Rhinitis (Schnupfen) | | |
| Diarrhoe (Durchfall) | | |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Unterschrift, bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters