



 = Pflichtfeld

Im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie ist die Volleyball Bundesliga GmbH aufgefordert, bestimmte Schutzmaßnahmen einzuhalten, um eine Wiederaufnahme des Spielbetriebes zu ermöglichen. Um die Gesundheit der Spieler und aller an der Organisation des Spielbetriebs Beteiligter zu schützen, bitten wir um Ihre Unterstützung.

Name, Vorname:

Wohnort:

Telefon (ggf. mobil):

E-Mailadresse:

Verein / Institution:

Funktion am Spieltag:

Spieltag / Datum:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie,

- dass bei Ihnen aktuell **kein** positiver COVID-19-Test vorliegt.
- dass Sie sich innerhalb der letzten 14 Tage **nicht** in einem Risikogebiet (lt. Robert-Koch-Institut) aufgehalten haben.
- dass Sie aktuell **nicht** unter typischen Symptomen einer COVID-19- Infektion leiden und auch innerhalb der letzten 14 Tage **nicht** daran gelitten haben.

Typische Symptome für eine Covid-19-Infektion sind: Trockener Husten, Fieber, Kurzatmigkeit, Kopf-, Hals- und Gliederschmerzen sowie Einschränkungen des Geschmacks- und Geruchssinns.

- dass Sie innerhalb der letzten 14 Tage **keinen** Kontakt zu einer Person hatten, die
 - positiv auf COVID-19 getestet wurde,
 - innerhalb der letzten 14 Tage in einem Risikogebiet (lt. Robert-Koch-Institut) war,
 - an typischen Symptomen einer COVID-19-Infektion leidet.
- dass bei der Messung Ihrer Körpertemperatur **keine** Abweichungen festgestellt wurden.
- dass Sie die vorgegebenen Hygiene- und Abstandsregelungen einhalten.

Ein Zutritt zum Austragungsort des Spiels ist nur gestattet, wenn **alle** Angaben bestätigt werden.

Selbsterklärung Gesundheitszustand „Passive Beteiligte“



 = Pflichtfeld

Wir bitten Sie,

- uns unverzüglich zu informieren, wenn sich im Nachhinein etwas an den gemachten Angaben ändert. (z.B. Wenn innerhalb von 14 Tagen nach dem Spiel typische Symptome einer COVID-19-Infektion auftreten.)
- uns zu unterstützen, wenn wir gesetzlich verpflichtet sind, im Nachhinein weitere Informationen einzuholen, um die Ausbreitung einer COVID-19-Infektion zu verhindern und Kontaktpersonen zu schützen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie auch,

- dass die oben aufgeführten Angaben richtig und wahrheitsgemäß sind.
- dass Ihnen bewusst ist, dass falsche Angaben schwere Auswirkungen auf die Gesundheit der Spieler und aller an der Organisation des Spielbetriebs Beteiligter sowie deren Angehörigen haben können.
- dass Ihnen bewusst ist, dass trotz umfangreicher Schutzmaßnahmen ein Restrisiko besteht, sich bei dem oben genannten Spiel mit COVID-19 zu infizieren.
- dass Sie die ausliegenden Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen haben und einverstanden sind, dass Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden. Die ausführlichen Erläuterungen zu den zweckgebundenen Rechtsgrundlagen, die Voraussetzungen für die Datenweitergabe und die Hinweise zu den besonderen Speicherfristen finden Sie in den „Datenschutzinformationen nach Artikel 13 DSGVO zu den Maßnahmen im Zusammenhang mit der Covid-19 Pandemie“.

Unterschrift:

Ort, Datum:

Zeitpunkt Anreise:

Zeitpunkt Abreise:
