

## 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 Schwimm- und Sprunghalle im Europa Sportpark, Berlin zu dieser Veranstaltung leider nicht betreten. Der Unterzeichner versichert mit seiner Unterschrift, dass die Daten Korrekt angegeben wurden. Folgekosten aus inkorrekt 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.

### 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....

	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 der Unterschrift bestätige ich, die Richtigkeit meiner Angaben und das die Teilnahme an der Veranstaltung auf Freiwilligkeit basiert. Ich erkläre mich damit einverstanden, die bestehenden Regelungen und Verfahrensweisen zu den Hygienemaßnahmen im Zusammenhang mit der IDM Para Schwimmen einzuhalten und dafür Sorge zu tragen. Im Fall einer Infektion oder des Verdachts auf eine COVID-19-Infektion, wird der DBS keine unmittelbaren oder mittelbaren Folge- oder Zusatzkosten übernehmen, die aus der Teilnahme resultieren.**

---

Unterschrift, bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters