

## Kontaktbogen

<b>Vor- und Nachname</b>	
<b>vollständige Adresse</b>	
<b>E-Mail-Adresse</b>	
<b>Mobilnummer</b>	
<b>Turnier/Austragungsort/Datum</b>	
<b>Eigenanreise</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Mit Begleitpersonen angereist?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<b>Name der Begleitperson</b>	<b>Telefonnummer</b>	<b>E-Mail-Adresse</b>

<b>Gesundheitsfragen:</b>		
Leiden Sie unter akuten Atemwegsbeschwerden oder unspezifischen Allgemeinsymptomen wie Husten, Fieber, Schnupfen oder Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns sowie Abgeschlagenheit und Gliederschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlichen Kontakt mit einer anderen Person (vgl. Kontaktperson Definition RKI) mit positivem Nachweis des Corona-Virus (SARS-CoV-2), Atemwegsbeschwerden oder unspezifischen positivem Nachweis des Corona-Virus (SARS-CoV-2)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Reisefragen:</b>		
Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem vom Robert-Koch-Institut ( <a href="http://www.rki.de">www.rki.de</a> ) festgelegten Risikogebiet innerhalb oder außerhalb Deutschlands aufgehalten?	<input type="checkbox"/> Ja Ggf. Vorlage eines Corona-Tests (PCR-Test) bei Registrierung	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie genesen? Genesen ist eine Person bis zu 6 Monate nach einer Covid-19 Infektion (Bitte nachweisen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine vollständige Impfung? 14 Tage nach der letzten Impfung (Bitte nachweisen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie sich unmittelbar vor dem Turnier auf das Corona Virus getestet / testen lassen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wie fiel Ihr Testergebnis aus?	<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Mir sind die Inhalte und Regeln des GNVB Schutz- und Hygienekonzepts bekannt.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

\_\_\_\_\_ (Unterschrift Erziehungsberechtigte)

Stand: 28.05.2021