

## Erklärung über den Gesundheitszustand zur Teilnahme an Radrennen

### Daten zum Rennen:

Veranstaltung: Hamburger MTB-Cup powered by Concept Cycles Hamburg

Datum: 12.06.2021

Ort & Bundesland: Hamburg

### Daten zur Person:

Name:

Vorname:

Funktion:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon-Nr.:

E-Mail:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Einhaltung der länderspezifischen Corona-Schutzmaßnahmen des jeweiligen Bundeslandes in dem das Radrennen stattfindet,

- in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu Personen mit einer Corona-Infektion hatte
- nicht durch das Corona-Virus erkrankt bin (COVID-19)
- keine für eine Corona-Virus-Erkrankung typischen Symptome aufweise (typische Symptome sind zum Beispiel: Beeinträchtigungen des Geruchs-und/oder Geschmackssinns, Fieber, Husten, Halsschmerzen)
- falls ich mich in den letzten 7 Tagen in einem vom RKI ausgewiesenen ausländischen Risikogebiet aufgehalten habe, einen negativen Coronatest (nicht älter als 72h) vorweise\*

Ich beteilige mich auf eigene Gefahr am Radrennen. Ich verzichte auf Ansprüche jeder Art für Schäden, die im Zusammenhang mit der Veranstaltung entstehen, und zwar gegen den Veranstalter/Ausrichter.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben des BDR Fragebogens. Falls eine Frage im BDR Fragebogen mit **ja** beantwortet wird, muss Kontakt zum Ausrichter/Rennarzt aufgenommen werden.

Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage des Art. 6, Abs. 1 DSGVO. Die Listen werden nach Auflage des jeweiligen Bundeslandes aufbewahrt und dann gelöscht (mindestens jedoch 14 Tage).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (bei Minderjährigen Erziehungsberechtigten)

\*es gelten die amtlich veröffentlichten Hygieneschutzmaßnahmen

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

Sponsoren



**ŠKODA**



## Fragebogen SARS-CoV-2 Risiko

### 1. Personenbezogene Daten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse (Heimat)	
Adresse (aktueller Trainingsort)	
Telefon (mobil)	
Mail	
Sportart	
Kaderstatus	

### 2. Kontaktisiko-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontakttrisikos mit SARS-CoV-2	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 in einem vom RKI (Robert Koch Institut) ausgewiesenem Risikogebiet? Wenn ja, bitte aufführen wann und wo: _____		

### 3. 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)		

**Sollte eine der Fragen mit „JA“ beantwortet werden, muss einer der zuständigen Ausrichter/Rennarzt kontaktiert werden!**