

TEILNAHMELISTE HANDBALL-SPIELBETRIEB

Spielort: _____

Spielpaarung: _____

Datum: _____

Zeitraum: _____

Persönliche Daten

Name: _____

Vorname: _____

Rolle (Spieler, Trainer, Zuschauer): _____

Adresse: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Regeln zur Durchführung des Handball-Spielbetriebs (DHB Return To Play- Spielbetrieb, regionale Corona-Schutzverordnungen und ggf. individuelle Vereinskonzpte) gelesen und zur Kenntnis genommen habe.

Folgende Regeln gilt es vor allem zu beachten:

- Einhaltung des Mindestabstandes
- Einhaltung der Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen

Zusätzlich ist der Symptom-Fragebogen von allen teilnehmenden Personen am Spielbetrieb auszufüllen (s. www.dhb.de/returntoplay). Personen, die Symptome einer Covid-19-Erkrankung aufweisen, dürfen nicht am Trainings- und Spiel-betrieb teilnehmen.

Sollte es zur Infektion einer teilnehmenden Person kommen, sollte umgehend das örtliche Gesundheitsamt kontaktiert und die ausgefüllten Listen zur Kontaktaufnahme der anwesenden Personen bereitgehalten werden.

Datum, Ort

Unterschrift

Datenschutzrechtliche Hinweise:

Diese Daten werden auf Anweisung der Gesundheitsbehörden erhoben und dienen allein der Nachverfolgung etwaiger Infektionsketten (Art. 6 Abs. 1 lit. c, f und Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO iVm § 22 Abs. 1 lit. c BDSG). Sie werden allein zu diesem Zweck verarbeitet, sind vier Wochen aufzubewahren und danach zu löschen.

Weiterer Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass der Deutsche Handballbund e.V. (DHB) keine Gewähr für die Aktualität, Korrektheit oder Vollständigkeit der gegebenen Informationen übernimmt. Haftungsansprüche materieller oder ideeller Art gegen den DHB, die durch die Nutzung der gegebenen Informationen entstehen könnten, sind ausgeschlossen. Die Informationen können insoweit nur Anregungen liefern und sind stets an die individuellen Bedürfnisse im Einzelfall anzupassen.

FRAGEBOGEN COVID-19 IM HANDBALLSPORT

Verein: _____

1. Personenbezogene Daten

Name: _____

Vorname: _____

Mannschaft: _____

Bezeichnung der Kleingruppe: _____

Adresse: _____

Telefon (mobil): _____

Mail: _____

2. Kontaktrisiko-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos 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 einer Region mit einer erhöhten Anzahl an positiven Corona-Fällen? Wenn ja, bitte aufführen wann und wo: _____		

3. Symptomevaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zu Ihrer aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtigen Sie den Zeitraum der letzten 14 Tage)	JA	NEIN
Fieber		
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen		
(Trockener) Husten		
Atemnot (Dyspnoe)		
Geschmacks- und/ oder Riechstörungen		
Halsschmerzen		
Kopfschmerzen		
Schnupfen (Rhinitis)		
Übermäßiges Kältegefühl		
Durchfall (Diarrhoe)		

Die Symptome von Covid-19 sind eher unspezifisch und können auch u.a. bei einer Grippe auftreten. Dennoch sollte auch bei einem milden Verlauf bzw. Anzeichen eines dieser Symptome auf die Teilnahme am Trainingsbetrieb verzichtet werden. Gegebenenfalls sollten die örtlichen Anlaufstellen kontaktiert werden (Gesundheitsämter, hausärztliche Praxen etc.).

Sollte eine der Fragen auf dieser Seite mit „JA“ beantwortet werden, verzichten Sie bitte auf die Teilnahme am Trainingsbetrieb und kontaktieren gegebenenfalls die örtlichen Anlaufstellen (Gesundheitsämter, hausärztliche Praxen etc.).