

Black Forest Skydive e.V.

Selbsttest-Fragebogen zum Infektionsschutz

1. Haben Sie aktuell **grippeähnliche Symptome**? JA: _____ NEIN: _____

2. Hatten Sie **in den letzten 14 Tagen** grippeähnliche Symptome?

| Symptome | Ja | Nein |
|-----------------------------|----|------|
| Halsschmerzen | | |
| Husten (nicht chronisch) | | |
| Schnupfen (nicht chronisch) | | |
| Geschmacksstörungen | | |
| Fieber | | |
| Atembeschwerden | | |

Für eine genaue Diagnose wenden Sie sich bitte an einen Arzt!

3. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen **Kontakt** zu einem vermuteten oder bestätigten COVID-19-Infizierten?

JA: _____ NEIN: _____

4. Sind Sie in den letzten 14 Tagen als „**Corona Verdachtsfall**“ abgestrichen worden?

JA: _____ NEIN: _____

Wenn JA, war der **Test positiv**:

JA: _____ NEIN: _____

5. Gehören **Sie** zu einer Risikogruppe im Sinne von COVID-19?

JA: _____ NEIN: _____

6. Ist jemand in Ihrem **Umfeld** in Quarantäne auf Grund von COVID-19?

JA: _____ NEIN: _____

Sollten Sie eine der Fragen abschließend mit einem "JA" beantworten, dann müssen Sie von einem Besuch unserer Sportstätte in nächster Zeit absehen!

Wenn Sie jetzt gemäß dieser Selbstauskunft nun am Sport teilnehmen können und wollen, so nehmen Sie dennoch ein Infektionsrisiko wissentlich in Kauf. Darauf wurden Sie hiermit hingewiesen und Bestätigen dies rechtswirksam mit Ihrer Unterschrift!

Sie erkennen zudem das Hygiene-Konzept von Black Forest Skydive e.V. Fallschirmsport als verbindlich an und Bestätigen hiermit, dieses selbst gelesen und verstanden zu haben.

.....
Datum, Name, Unterschrift