

Persönliche Daten

Name _____ Vorname _____
 Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
 Anschrift _____
 PLZ/Ort _____
 Emailadresse _____ Telefon _____

Selbstauskunft zum Infektionsrisiko

Zur Einschätzung des Kontaktrisikos beantworten Sie bitte die folgenden
Fragen (zutreffendes bitte ankreuzen):

ja nein

Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2-Fall innerhalb der
letzten 14 Tage?

Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne
im Zusammenhang mit SARS-CoV-2?
Wenn Ja, bitte Datum des Ablaufes angeben

Waren oder Sie innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb Ihres gemeldeten
Heimatortes?
Wenn Ja, bitte angeben, wann und wo:

Eigenerklärung zur Symptomfreiheit

Bitte beantworten Sie die Fragen zu Ihrer aktuellen gesundheitlichen Situation:

ja nein

Fieber

Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen

Husten

Dyspnoe (Atemnot)

Geschmacks- und/oder Riechstörungen

Halsschmerzen

Schnupfen

Durchfall

Sollten Sie einer dieser Fragen mit Ja beantworten müssen, ist Ihre Teilnahme an der
Wettkampfveranstaltung des Eberswalder Stadtlaufes leider nicht möglich!

Hiermit bestätige ich, dass ich die Hinweise zum Wettkampftag des Eberswalder Stadtlaufes erhalten und zur Kenntnis genommen habe.

Ich verpflichte mich hiermit zur Einhaltung der darin getroffenen Regelungen sowie zur Einhaltung der Regelungen der Verordnung über befristete Eindämmungsmaßnahmen aufgrund des SARS-CoV-2-Virus und Covid-19 im Land Brandenburg.

Ich versichere weiterhin, dass die von mir auf dieser Eigenerklärung gemachten Angaben korrekt sind.

Ich bin damit einverstanden, dass die auf dieser Eigenerklärung angegebenen Daten durch den Veranstalter erhoben und für den Zeitraum von 4 Wochen aufbewahrt werden. Weiterhin erkläre ich mein Einverständnis, dass meine Kontaktdaten im Falle einer etwaigen Kontaktverfolgung an das zuständige Gesundheitsamt übermittelt werden.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift