

## Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem Gruppentreffen während der Corona-Pandemie

(hierzu gehören auch Angehörige, Nichtmitglieder, Assistenten usw.)

Name:	
Vorname:	
Geb.-Datum:	
Selbsthilfegruppe:	
Datum der ersten Gruppentreffen-Teilnahme während der Corona-Pandemie:	
Telefonnummer:	

Ich wurde von meiner Gruppenleitung über die Empfehlungen zu Gruppentreffen während der Corona-Pandemie informiert. Mir wurden die Verhaltens- und Hygieneregeln erklärt und ich bin bereit, diese einzuhalten und die entsprechenden Vorgaben zu befolgen.

Mir ist bekannt, dass auch bei der Durchführung der Gruppentreffen für mich ein Restrisiko besteht, mich mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zu infizieren. Die Selbsthilfegruppe übernimmt keine Haftung für gesundheitliche Risiken.

Ich bestätige, dass mir keine gesundheitsbezogenen Umstände bekannt sind, die einer Teilnahme an den Gruppentreffen zuwiderlaufen. Ich erkläre, dass bei mir aktuell keine Symptome einer Coronavirus SARS-CoV-2-Infektion vorliegen (siehe Seite 2).

Ich erkläre, dass ich bei Krankheitssymptomen und nach Kontakt mit infizierten Personen (insofern ich hiervon Kenntnis habe) nicht an dem Gruppentreffen teilnehmen werde. Sollte innerhalb von zwei Wochen nach der Teilnahme an dem Treffen eine Infektion oder der Kontakt zu einer infizierten Person festgestellt werden, werde ich die Gruppenleitung umgehend darüber informieren.

Ich wurde darüber informiert, dass meine personenbezogenen Daten ausschließlich unter strengster Beachtung des Datenschutzes verwendet werden, um den Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes zu entsprechen.

Ich bin informiert, dass meine Daten zur Nachverfolgung von Infektionsketten so lange aufbewahrt werden, wie es die jeweilige Landesverordnung verlangt und danach vernichtet werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift TeilnehmerIn

Haben sich innerhalb der letzten 14 Tagen folgende Symptome bei Ihnen gezeigt?

Symptom	Ja	Nein
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen und/oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- oder Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Abgeschlagenheit und/oder Leistungsverlust, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starker Schnupfen, soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z. B. Allergien) erklärbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt mit einem SARS-CoV-2 positiven Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>