



Meinolf Wiese

Vertrauen. Heilen. Wohlfühlen.

LANDESPORTBUND
NORDRHEIN-WESTFALEN



Einverständniserklärung Teilnehmer*in zur Teilnahme am

Rehabilitationssportwährend der Corona-Pandemie

(04.03.2021)

Name:		
Vorname:		
Telefon-Nummer:		
Kurstag & Uhrzeit		
Geimpft	durchgeimpft seit: durchgeimpft ab:	Nachweis gesehen: Datum & Handzeichen Kursleitung

Ich bin über die Empfehlungen des LSB NRW und des BRSNW zur Wiederaufnahme des Rehabilitationssportes während der Corona-Pandemie informiert worden. Mir wurden die Verhaltens- und Hygieneregeln erklärt und ich bin bereit, diese einzuhalten und die entsprechenden Anweisungen der Übungsleitung zu befolgen. Mir ist bekannt, dass auch bei der Durchführung des Rehabilitationssportes in der Gruppe für mich ein Restrisiko besteht, mich mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zu infizieren.

Ich habe mit der Übungsleitung über mein persönliches Risiko aufgrund meines Alters und/oder meiner Vorerkrankungen gesprochen.

Ich erkläre, dass ich bei Krankheitssymptomen, nach Kontakt mit infizierten Personen – insofern ich davon Kenntnis erlange – sowie nach Aufenthalt in einem RKI-Risikogebiet¹ nicht am Rehabilitationssport teilnehmen werde. Sollte innerhalb von zwei Wochen nach der Teilnahme am Rehasport eine Infektion oder der Kontakt zu einer infizierten Person festgestellt werden, werde ich die Physiotherapie Wiese und den GSV Leipzig darüber informieren.

Ich wurde darüber informiert, dass meine personenbezogenen Daten sowie Informationen über Krankheitssymptome oder dem Kontakt zu infizierten Personen zusätzlich zu der bisherigen Verarbeitung ausschließlich unter strengster Beachtung des Datenschutzes verwendet werden, um den Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes sowie etwaiger einschlägiger aktueller Vorschriften Genüge zu tun.

Ich willige in die freiwillige Teilnahme am Rehabilitationssport unter den oben genannten Bedingungen ein.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer*in

¹ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html/