

Alle Teilnehmer	Nachname	
	Vorname	
	Telefonnummer	
	Email - Adresse	
	Die in den letzten 14 Tagen besuchten Länder	
	Nation	
	Team Manager's Name	
	Team Manager's Telefonnummer	
	Adresse der Unterkunft	

Während der letzten 14 Tage haben Sie ...	
Hatte engen Kontakt zu jemandem, bei COVID-19 diagnostiziert wurde?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Direkte Versorgung eines COVID-19-Patienten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besuchten oder blieben Sie bei einem COVID-19 Patienten in einer geschlossenen Umgebung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In unmittelbarer Nähe mit einem COVID-19 Erkrankten zusammengearbeitet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Reisten zusammen mit einem COVID-19 Erkrankten mit einem Beförderungsmittel jeglicher Art?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lebten im selben Haushalt wie ein COVID-19-Patient? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Waren Sie selbst schon in Quarantäne?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden mittels PCR-Test positiv auf COVID 19 getestet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erlebten jetzt oder bis zu 14 Tage davor eines der folgenden Symptome: Fieber, Husten, Müdigkeit, Atemnot, Myalgie, Gliederschmerzen, Halsschmerzen, Brustschmerzen, Nasennebenhöhlenschmerzen, Schnupfen, Kopfschmerzen, Schüttelfrost, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Anosmie, Dysgeusie, Schüttelfrost (bitte angeben)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

- Ich bestätige und stimme der Einhaltung der COVID-19 Richtlinien zu.
- Ich bestätige, dass die Vorschriften nur das Infektionsrisiko minimieren können und das OK nicht für etwaige Infektionen haftbar gemacht werden kann.
- Ich bin damit einverstanden, dass das OK nach dem DSGVO, die bereitgestellten Daten aufbewahren.
- Ich bestätige, dass ich für alle Kosten, die im Zuge einer möglichen Infektion selbst verantwortlich und haftbar bin (z.B. Test/ Krankenhausaufenthalt/ Hotel/ Hotel Quarantäne)

Datum . .2021

Unterschrift _____

Dieses Formular muss spätestens bis 04. August 2021 bis 10:00 Uhr ausgefüllt werden und an (office@rudern-ooe.at) gesendet werden.