

1. Haben Sie aktuell **grippeähnliche Symptome**? (bitte Antwort markieren)

JA NEIN

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

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

JA NEIN

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

JA NEIN

6. Wurden Sie in den letzten **24h auf COVID-19 getestet**? Falls nicht, führen Sie bitte umgehend einen Test durch bevor Sie fortfahren!

Ist das **Testergebnis positiv**? JA NEIN

Sollten Sie jetzt eine der Fragen abschließend mit einem "JA" beantwortet haben, dann müssen Sie von einem Besuch unserer Sportstätte in nächster Zeit absehen bzw. unsere Sportstätte sofort verlassen!

Wenn Sie gemäß dieser Selbstauskunft nun aber am Tandemspringen 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 TAKE OFF Fallschirmsport als verbindlich an und bestätigen hiermit, dieses selbst gelesen und verstanden zu haben.

.....
Datum, Name in Druckbuchstaben & Unterschrift