



## Haftungsausschluss

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat das neuartige Coronavirus (COVID-19) als weltweite Pandemie eingestuft. Aufgrund einer möglichen Übertragung des Virus durch Ausatmungströpfchen, haben der DRB und der veranstaltende Verein verschiedene Handlungsempfehlungen, Leitfäden und Verbote in Form eines Hygienekonzeptes und Anpassungen der UWW International Wrestling Rules erstellt.

Das Hygienekonzept bezieht sich auf alle Teilnehmer der Deutschen Meisterschaften 2021.

**In Zusammenhang mit meiner Teilnahme an den Deutschen Meisterschaften 2021 erkläre ich,**

Vorname, Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

1. Ich habe das Hygienekonzept gelesen und bin mit diesem einverstanden.
2. Ich erkenne an und stimme dem Folgenden zu:
  - Mir ist bewusst, dass ich durch meine Teilnahme an den Deutschen Meisterschaften und durch meine Anwesenheit in der Halle ein erhöhtes Risiko von Verletzungen und Krankheiten (z.B. COVID-19) habe.
  - Ich habe in den letzten 14 Tagen keinerlei COVID-19 relevante Symptome, wie z.B. Fieber, Niedergeschlagenheit, Atemprobleme, Husten gehabt oder an einer anderen meldungspflichtigen Erkrankung gelitten.
  - Weder ich noch eine mir nahestehende Person ist in den letzten 30 Tagen COVID-19 positiv getestet worden.
3. Im Anschluss an die oben genannten Erklärungen erkläre ich hiermit Folgendes:
  - Ich persönlich bin für meine eigene Sicherheit während der Deutschen Meisterschaften verantwortlich und bin mir bewusst, in Zusammenhang mit meiner Teilnahme, an COVID-19 erkranken zu können.
  - Mit meinem Wissen der möglichen Risiken meiner Teilnahme an den Deutschen Meisterschaften, verzichte ich auf jeglichen Schadensersatz oder anderer juristischen Handlungen gegenüber dem DRB und/oder des Veranstalters bezüglich möglicher Schäden, Krankheit und/oder Tod in Zusammenhang mit einer möglichen COVID-19 Erkrankung, die durch die Teilnahme an den Deutschen Meisterschaften oder durch den Aufenthalt in der Halle entstanden sein kann.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich den Haftungsausschluss gelesen habe und den Inhalt verstanden habe. Außerdem erkläre ich, dass ich ausreichend über die Gefahren meiner Teilnahme an den Deutschen Meisterschaften informiert bin und diesen Haftungsausschluss freiwillig unterschreibe.

Hiervon nicht erfasst ist die Haftung für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit.

Der Haftungsausschluss bleibt gültig bis Gesetze und Verordnungen bezüglich COVID-19 aufgehoben worden sind.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Sportlers (Teilnehmer)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten  
(bei Sportlern (Teilnehmern) unter 18 Jahren)



## Fragebogen

Vorname, Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 14 Tagen eine der unten genannten Symptome bei sich festgestellt?

	Symptome	Ja	Nein
1	Erhöhte Körpertemperatur		
2	Husten		
3	Fieber, Niedergeschlagenheit		
4	Atemprobleme (Kurzatmigkeit)		
5	Verlust des Geschmacks und/oder Geruchs		
6	Haben Sie Kontakt zu einer mit Covid-19 infizierten Person gehabt?		
7	Ist eine Person aus Ihrem Haushalt zurzeit unter Quarantäne?		

**Hiermit erkläre ich, dass ich mich umgehend beim Arzt der Veranstaltung oder dem Veranstalter melde, sobald ich eines der aufgeführten Symptome bei mir feststelle.**

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Sportlers (Teilnehmer)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten  
(bei Sportlern (Teilnehmern) unter 18 Jahren)