



🏆 SC 1920 Unterbach e.V. - Niermannsweg 10 - 40699 Erkrath

*Einverständniserklärung Teilnehmer*in zur Teilnahme
am **Rehabilitations - Kurs**
während der Corona-Pandemie*

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Telefon (Handy & Privat):

E-Mail:

Adresse:



**SPORTCLUB 1920
UNTERBACH E.V.**

**SGBZ -
Gesundheitssport**
(Sport Gesundheit Bildungs Zentrum)

Reinhart-von-
Hymmen-Sportanlage
Niermannsweg 10
40699 Erkrath

Tel. 0211 / 28 07 47 - 40
Fax 0211 / 28 07 47 - 11

Bürozeiten
Mo - Di: 16.00 - 18.30 h
Mi: 15.30 - 18.00 h
Do - Fr: 09.00 - 12.30 h

is-kewitz@web.de
info@gesundheitssport-erkrath.de

www.scunterbach.de
www.gesundheitssport-erkrath.de

Qualifizierungen
BRSNW
Rehabilitationssport
Orthopädie & Innere

Bankverbindungen
REHA -Konto
Sparkasse Düsseldorf
IBAN:
DE06 3005 0110 1006 6219 71
BIC: DUSSEDDXXX

SGBZ Konto
Sparkasse Düsseldorf
IBAN:
DE54 3005 0110 0080 0169 67
BIC: DUSSEDDXXX

Bitte wenden zu Seite 2

Ich bin über die Empfehlungen zur Wiederaufnahme der Rehabilitations - Kurse 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 der Rehabilitations - Kurse 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** und nach Kontakt mit infizierten Personen – insofern ich davon Kenntnis erlange – nicht am Rehabilitationsbetrieb teilnehmen werde. Sollte innerhalb von zwei Wochen nach der Teilnahme am Sport eine Infektion oder der Kontakt zu einer infizierten Person festgestellt werden, werde ich den **Verein 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 Rehabilitations - Kurse** unter den oben genannten Bedingungen ein.

Datum: _____

Unterschrift: _____