



## Zgether Summerschool Saalfeld 2022

# Anmeldebogen für Volljährige

Angebotstitel: ..... Woche vom .... bis .....2022

Vorname und Name der/s Teilnehmenden:.....

Adresse: .....

Alter: .....

Telefonnummer für dringende Rücksprachen:

.....

Mailanschrift für die Zusendung aktueller Informationen durch die Angebotsleitung:

.....

**Wichtig: Bitte achten Sie auf für das Angebot geeignete Kleidung/ Schuhwerk und nehmen Sie Ihre Chipkarte der Krankenkasse, einen Mundschutz sowie eine Trinkflasche und Brotbüchse mit ausreichend Verpflegung mit.**

## **Belehrung und Angaben zum Teilnehmer/ zur Teilnehmerin:**

Den Anweisungen des Betreuungspersonals ist Folge zu leisten.

Bei groben Verstößen kann ein Ausschluss von der Teilnahme erfolgen.

### **Gesundheit und Verhalten**

- Ich bin normalen körperlichen Anforderungen gewachsen und es liegen keine gesundheitlichen Einschränkungen vor.
- Bei mir sind folgende Dinge zu beachten (Behinderungen, Erkrankungen, Allergien, Verhaltensbesonderheiten, Medikamenteneinnahme, besondere Erfordernisse der Betreuung usw.):

.....

.....

In den Angeboten werden Menschen mit Behinderungen und Erkrankungen integriert, wenn diese für sie geeignet sind. Bitte informieren Sie uns, damit wir uns personell und inhaltlich darauf einstellen können und es Ihnen in dem Fall in der Maßnahme gut geht.

Werden zum Gesundheitszustand mangelnde Angaben gemacht und es treten während der Maßnahme Auffälligkeiten auf, kann dies zum Ausschluss führen.

## **Bitte Zutreffendes ankreuzen!**

### **COVID 19 – Erklärung:**

- Ich bin mir bewusst, dass die Teilnahme an diesem Gruppenangebot ein Risiko einer Ansteckung mit COVID 19 birgt.
- Ich gebe mein Einverständnis für die Beachtung der erforderlichen und gültigen Infektionsschutzregeln.  
Im Falle von groben Verstößen meinerseits gegen die Infektionsschutz- und Hygieneregeln kann ein Ausschluss von der Maßnahme erfolgen.
- Ich bestätige, dass ich innerhalb der letzten 14 Tage keinen Kontakt mit einer positiv auf COVID 19 getesteten Person hatte und/oder keine Kontaktperson einer positiv auf COVID 19 getesteten Person ist.
- Ich zeigte innerhalb der letzten 14 Tage keine Erkältungs- und Grippe-symptome wie Fieber, Muskel- und Gelenkschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Husten, Halsschmerzen oder Schnupfen.
- Ich gehöre nicht zu einer vom Robert Koch Institut festgelegten Risikogruppe.

## **Infektionsschutz**

### **Infektionsschutz-Erklärung**

Mit Ihrer Unterschrift auf der Anmeldung erklären Sie Folgendes:

- Ich bin an keiner der unten aufgeführten Infektionskrankheiten erkrankt.
- Ich leide nicht an akuter Atemnot, Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns und Fieber.
- Ich hatte keinen Kontakt zu bestätigten Infizierten.
- Ich hielt mich nicht in ausgewiesenen Risikogebieten auf.

### **Meldepflichtige Infektionskrankheiten**

Cholera --- Covid-19 --- Diphtherie --- EHEC --- Ebola, Dengue-Fieber und andere hämorrhagische Fieber --- Meningitis --- ansteckende Borkenflechte --- Keuchhusten --- Lungentuberkulose --- Masern --- Meningokokken-Infektion --- Mumps --- Norovirus --- Paratyphus --- Pest --- Polio --- Röteln --- Scharlach oder sonstigen Streptococcus pyogenes-Infektionen --- Shigellose --- Skabies (Krätze) --- Typhus --- Virushepatitis A oder E --- Windpocken

Ausschluss aufgrund von Infektionen

Sind Sie an einer der oben aufgezählten Krankheiten erkrankt, können Sie **nicht** an den Angeboten teilnehmen.

### **Meldepflicht und Maßnahmen**

Erkranken Sie während eines Angebotes an einer solchen Krankheit, sind wir nach §34 Infektionsschutzgesetz (IfSG) verpflichtet, dies dem zuständigen Gesundheitsamt anzuzeigen.

Das Gesundheitsamt entscheidet dann über zu ergreifende Maßnahmen. Infektionserkrankungen können auch Quarantänemaßnahmen nach sich ziehen.

### **Allgemeine Hygienemaßnahmen im Rahmen der Covid-19-Pandemie**

Alle bekannten Hygieneregeln (Abstand, Mund- und Nasenschutz, Händewaschen, Niesen in Armbeuge usw.) gelten auch während der Projekte. Maßgeblich sind hier die jeweils gültigen Verordnungen der Aufenthaltsorte bzw. des Landkreis Saalfeld-Rudolstadt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Sorgeberechtigte