



---

# YOGA

# BASIC

---

Hatha Yoga für Anfänger und Fortgeschrittene.  
**Der Kurs ist auf 11 Teilnehmer begrenzt.**

**29.9.2020 - 8.12.2020**

Termin: 10 x dienstags, 19:30 Uhr - 20:45 Uhr

**82 €**

Die Kosten können bis zu 80 % von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden,  
falls an 80% der Termine teilgenommen wurde.

Vereinsmitgliedschaft erforderlich.

Bitte Decke und eigene Yogamatte mitbringen!

**Anmeldung unter [turnen@sv-donaustauf.de](mailto:turnen@sv-donaustauf.de)**

Der Kurs findet ab 7 Personen statt.

Wir freuen uns auf euch!

Sportverein Donauauf e.V., Regensburger Straße 30, 93093 Donauauf



# ANMELDUNG YOGA-BASIC

Dienstags von 19:30 Uhr - 20:45 Uhr  
Ort: Mehrzweckgebäude SV-Donaustauf  
**Max. 11 Teilnehmer**  
Kursdauer: 10 Termine (29.9.2020 - 8.12.2020)

Vorname	
Nachname	
Straße	
PLZ	
Ort	
Telefon	
E-Mail	
IBAN	

Mitglied im Sportverein Donauaustauf e.V.

Anmeldung Sportverein falls Nichtmitglied

Ja

**10x Yoga-Basic, á 75 Min.,  
Kursgebühr 82 €**

Ja

**Monatsbeitrag 6 €**

Der Vereinsbeitrag wird halb-  
jährlich von Ihrem Bankkonto  
eingezogen (36€).

Der Kurs findet ab 7 Personen statt.  
Bitte bezahlen Sie die gesamte Kursgebühr bei Kursbeginn.

**Vereinsmitgliedschaft erforderlich!**

Datum:

Unterschrift:

# FRAGEBOGEN

## SARS-CoV-2 RISIKO



### Erhebung personenbezogener Daten

<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Sportart/Abteilung</b>	

### Kontaktrisiko-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktrisikos mit SARS-CoV-2	Ja	Nein
Hatten Sie Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2 Fall innerhalb der letzten 14 Tagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2? Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben: -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb Ihres gemeldeten Heimortes? Wenn ja, bitte aufführen wann/wo: -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Symptome-Evaluation

Bitte beantworten Sie die Fragen zur aktuellen klinischen Symptomatik! (bitte berücksichtigen Sie die letzten 14 Tage)	Ja	Nein
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeines Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyspnoe (Atemnot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacks- und/oder Riechstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhinitis (Schnupfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhoe (Durchfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sollte eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, darf eine Teilnahme erst nach ärztlicher Rücksprache wieder erfolgen.