

## Verpflichtende Selbsterklärung

Diese Erklärung ist Voraussetzung für den Zutritt zu den Meditationsveranstaltungen von Karma Sherab Ling Münster und der Tergar Meditationsgruppe Münster im dreiraum Münster und dient zur Identifizierung von Personen, die zur COVID 19 Risikogruppe gehören.

Dies ist eine Vorsichtsmaßnahme zum Schutz der Bevölkerung und unserer Kursteilnehmer.

Wir entschuldigen uns für die entstandenen Unannehmlichkeiten. Die Sicherheit und Gesundheit aller TeilnehmerInnen hat für uns oberste Priorität. Aus diesem Grund bitten wir Euch, die vom Robert Koch Institut empfohlenen Schutzmaßnahmen zu beherzigen: Häufig und gründlich Hände waschen, Nies- und Hustenetikette einhalten, Hände schütteln vermeiden. Aktuelle Infos zu den Risikogebieten werden vom Robert-Koch-Institut unter dem folgenden Link bereitgestellt:

[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Risikogebiete.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete.html)

**Bitte beantworte die nachfolgenden Fragen mit „Ja“ oder „Nein“:**

Warst Du in den letzten 14 Tagen in einem COVID-19 („Coronavirus“)-Risikogebiet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hattest Du in den letzten 14 Tagen Kontakt mit Menschen, die dort waren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hattest Du in den letzten 14 Tagen Kontakt mit Menschen, die eine bestätigte Coronavirus-Infektion haben?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hast Du grippeähnliche Symptome (Fieber, Husten, Atembeschwerden)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

**Bitte vervollständige die folgenden Angaben in Druckbuchstaben:**

Name, Vorname.....

Adresse :

PLZ..... Wohnort .....Straße.....

Tel. Nr. ....

**Wenn Du eine der o.g. Fragen mit „Ja“ angekreuzt hast oder die die Erklärung unvollständig ausgefüllt hast, erhältst Du keinen Zugang zu unseren Veranstaltungen.**

Hiermit bestätige ich, dass ich alle o.g. Fragen gelesen, verstanden und wahrheitsgemäß ausgefüllt habe.

\_\_\_\_\_,den \_\_\_\_\_ (Ort) (Datum)

.....  
(Unterschrift )