



CORONA-BEDINGTE PERSONEN-REGISTRIERUNG

Datum: 17.06.2021 – 20.06.2021

Vor- und Nachname:

Straße

PLZ/Ort:

Telefonnummer:

Funktion: Teilnehmer Betreuer/Pfleger
von

negativer Test geimpft genesen

Test vor Ort Uhrzeit:.....

- Die Abgabe und Speicherung meiner Daten bei den zuständigen Gesundheitsbehörden genehmige ich nur zum Nachweis eventuell auftretender Infektionswege.
- Eine Abgabe der Daten an andere Dritte wird ausdrücklich nicht gestattet.
- Ich verpflichte mich, die veröffentlichten und ausgehängten Desinfektionsschutz- maßnahmen, Abstandsregeln und Bestimmungen über Mundschutzmasken einzuhalten.
- Ich versichere, dass ich heute und in den letzten 48 Stunden frei von jeglichen Krankheitssymptomen bin und war.
- Außerdem versichere ich, dass ich keinerlei Kontakt zu nachweislich an COVID-19 Erkrankten und Personen, die sich im Zuge dieser Erkrankung in Quarantäne befinden, hatte.

Datum:.....

Unterschrift:.....