

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Anschrift: _____
 Telefonnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

um eine Ausbreitung des Coronavirus (SARS-CoV-2) zu verhindern, wollen wir vermeiden, dass mögliche Infektionen in das Krankenhaus getragen werden.

Aus diesem Grund bitten wir Sie um folgende Angaben (ankreuzen):

		Ja	Nein
1.	Waren Sie mit Ihrem Kind in den vergangenen 14 Tagen verreist? Falls JA, wo? _____		
2.	Haben Sie oder Ihr Kind in den vergangenen 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei denen der Infektionsfall „Coronavirus (SARS-CoV-2)“ durch Labortests bestätigt wurde?		
3.	Haben Sie oder Ihr Kind in den vergangenen 14 Tagen Kontakt mit einer Person gehabt, bei denen ein begründeter Verdacht auf den Infektionsfall „Coronavirus (SARS-CoV-2)“ besteht?		
4.	Eine Corona-Infektion äußert sich durch grippeähnliche Symptome, wie: trockener Husten, Schnupfen, Fieber, Halsschmerzen, Durchfall, Geschmacksverlust, Geruchsverlust und Abgeschlagenheit, ggf. Atemnot. Leiden Sie oder Ihr Kind an einem dieser genannten Symptome? Falls JA, welches? _____		

Datenschutzhinweis: Im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen des Landes Sachsen (Sächsische Corona-Schutz-Verordnung – SächsCoronaSchVO) sind wir dazu verpflichtet, Ihren Besuch zu erfassen und nachzuhalten. Die Erfassung dient der Nachverfolgung von Infektionsketten. Ihre Daten werden nicht elektronisch erfasst und nicht außerhalb der gesetzlich verpflichtenden Maßnahme weiterverwendet. Die Löschung Ihrer Daten werden wir nach 30 Tagen durchführen, sofern die gesetzliche Erfordernis der Aufbewahrung entfallen ist.

Ich erkläre ausdrücklich, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Datum / Unterschrift