

COVID-19-KONTAKTFORMULAR



Hiermit bestätige ich, _____ (Vor- und Nachname),
_____ (Anschrift),

- dass ich die Besucherinformation erhalten habe und mich umgehend an eine der angegebenen Kontaktadressen (Telefonnummer oder E-Mail des Deutsch-Deutschen-Museums Mödlareuth), unter Angabe meines COVID-19-Codes, wende, wenn ich innerhalb der nächsten 14 Tage an COVID-19 erkrankte.
- dass ich keine Anzeichen einer COVID-19-Erkrankung wie z.B. Husten, Fieber, Halsschmerzen habe oder in den letzten Tagen an einem COVID-19-Test teilnahm (außer es handelt sich um die 2. molekularbiologische Testung).
- dass ich mich in den letzten 14 Tagen nicht im Ausland aufgehalten habe.

FALLS DOCH → Angabe Land/Länder: _____

- dass meine folgenden Kontaktdaten richtig sind:

Telefon:

E-Mail:

Besuchsdatum:

Unterschrift:

COVID-19-Code

Code auf Besucherinformation übertragen !!!

Diese Erklärung wird nach 21 Tagen datenschutzkonform vernichtet!