



Vorname _____

Nachname _____

Telefon _____

Datum _____

Diese Datenerfassung erfolgt nur zu Zwecken der Kontaktpersonennachverfolgung für die zuständigen Gesundheitsbehörden. Die Daten werden vier Wochen aufbewahrt und anschließend vernichtet. Ich bin mit der Erfassung meiner Daten einverstanden und habe die Schutz- und Hygieneregeln zur Kenntnis genommen und bin bereit diese einzuhalten.

Unterschrift _____