

## Gesundheitsbestätigung und Datenschutzerklärung für den Besuch des Kinder- und Jugendzentrums Hajo

Name: .....

Vorname: .....

Straße: .....

Wohnort: .....

Tel. Nr.: .....

Besuchstag: ..... . ..... . 2020

Ich/meine Tochter/mein Sohn hat keine erkennbaren Symptome einer COVID-19 Erkrankung oder jegliche Erkältungssymptome. Folgende Symptome können möglich für eine COVID-19 Erkrankung sein: Fieber, Husten, Schnupfen, Kurzatmigkeit/Atemnot, Halsschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen, verstopfte Nase, Fehlen von Geruchs- und Geschmackssinn, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Bindehautentzündung, Hautausschlag und/oder Apathie.

Hiermit bestätige(n) ich/ wir, dass ich/er/sie frei von den oben genannten Symptomen bin/ist. Es ist mir/uns bewusst, dass Veränderungen o.g. Angaben umgehend der Einrichtung zu melden sind.

Des Weiteren erlaube(n) ich/wir die Speicherung der Daten, für den Zeitraum von 21 Tagen seit dem letzten Besuch, um mögliche Infektionsketten nachvollziehen zu können.

.....

**Ort, Datum**

.....

**eines/einer Sorgeberechtigten/  
der volljährigen Person**