



# Rathausbesuch auf Grund einer wichtigen und unaufschiebbaren Angelegenheit

Name:

-----

Vorname:

-----

Anschrift:

-----

Telefonnummer(n):

-----

Mein Anliegen:

-----

-----

-----

Sachbearbeiter/in:

-----

Datum und Uhrzeit des Besuches im Rathaus:

-----

Ich war in den letzten 14 Tagen nicht in einem Risikogebiet, hatte keinen wesentlichen Kontakt mit einem Covid19-Infizierten, Verdachtsfall oder einer Kontaktperson und weise selbst keine Krankheitssymptome auf.

Ich bestätige die Richtigkeit der oben genannten Angaben mit meiner Unterschrift.

Datum, Unterschrift:

-----

## **Besucherliste zur Übermittlung an das zuständige Gesundheitsamt**

Nach dem Infektionsschutzgesetz obliegt es dem Gesundheitsamt, die erforderlichen Ermittlungen insbesondere über die Ansteckungsquelle und die Ausbreitung des Coronavirus aufzunehmen.

Sollte bekannt werden, dass ein Besucher unserer Einrichtung sich mit dem Virus infiziert hat, möchten wir das Gesundheitsamt in seiner Aufklärungsarbeit unterstützen und ihm diese Liste zur Verfügung stellen, um mögliche Infektionsketten schnell und effizient identifizieren zu können.

Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung. Mit dem Eintrag Ihres Namens und Ihrer Kontaktdaten in diese Liste erklären Sie sich mit der Erhebung Ihrer Daten zu dem genannten Zweck und zur Übermittlung dieser Daten an das Gesundheitsamt im Fall einer bestätigten Erkrankung oder in den Fällen eines Krankheits- oder Ansteckungsverdachts einverstanden. Sollte die Übermittlung an das Gesundheitsamt während der Inkubationszeit von 3 Wochen nicht erforderlich werden, so löschen wir diese Besucherliste unverzüglich und datenschutzkonform. Im Anschluss an eine erfolgte Übermittlung an das Gesundheitsamt werden wir diese Besucherliste bei uns ebenfalls unverzüglich löschen.

**Diese Einwilligung ist freiwillig. Aus der Nichterteilung entstehen Ihnen keine Nachteile.**

**Sie können diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Sofern bereits eine Übermittlung der Besucherliste an das zuständige Gesundheitsamt erfolgt ist, ist ein Widerruf nicht mehr möglich.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_