

Name des Unternehmens / der Einrichtung:

## Kontaktformular zur Nachverfolgung von Infektionsketten



Dauer des Aufenthalts

Datum \_\_\_\_\_

Uhrzeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name,  
Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_

Hiermit erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre persönlichen Daten zur Nachverfolgung von Infektionsketten auf Anfrage an das Gesundheitsamt weitergeleitet werden dürfen. Ihre Daten werden spätestens 14 Tage nach Ihrem Aufenthalt von uns vernichtet.

Unterschrift \_\_\_\_\_

Wir wünschen einen angenehmen Aufenthalt und bedanken uns für Ihr Verständnis.