

**Einwilligung zur Datenweitergabe an Gesundheitsbehörden im Bedarfsfall
und Kontaktbogen**

Veranstaltung: _____

Veranstalter: _____

Zeitraum: _____

Ort / Raum: _____

Hiermit stimme ich der Weitergabe meiner untenstehenden Kontaktdaten an das Gesundheitsamt auf dessen Verlangen im Falle einer Kontaktkettenverfolgung zu.

Die Informationen werden vertraulich und datenschutzkonform behandelt und nach 4 Wochen vernichtet.

Bitte gut leserlich in Druckschrift ausfüllen!

Name

Vorname

Straße + Hausnummer

Postleitzahl + Wohnort

Telefonnummer

Unterschrift