

Anlage 2 zur Anwesenheitsliste:

## Gesundheitserklärung

Die Gesundheitserklärung muss, von jedem einzelnen Teilnehmer, vollständig ausgefüllt und unterschrieben, als Anreiseformalie mitgebracht werden. Diese Erklärung muss bei Anreise durch einen Betreuer in der Rezeption abgegeben werden und ist somit Bestandteil der Anreiseunterlagen. Darüber hinaus sind Veränderungen hinsichtlich der unten gestellten Fragen und Angaben, sofort dem Betreuer oder dem KiEZ Arendsee / Altmark mitzuteilen.

Wird eine von den unten gestellten Fragen mit JA beantwortet, wird dem Teilnehmer/der Gruppe die Anreise verweigert (siehe Rahmenhygieneplan KiEZ Arendsee / Altmark 10.2)

### *Datenschutzhinweis:*

Die schriftlichen Daten der Erklärung (keine elektronische Speicherung) werden nur benötigt und der zuständigen Behörde zur Kenntnis gegeben, wenn sich im Rahmen des Aufenthaltes in unserer Einrichtung herausstellt, dass es einen positiv getesteten COVID-19-Fall gibt, bzw. wenn innerhalb von vier Wochen nach Abgabe der Erklärung in unserer Einrichtung festgestellt wird, dass ein Teilnehmer/Teilnehmerin oder eine Kontaktperson positiv auf COVID-19 getestet ist.

In beiden Fällen werden die Daten ausschließlich im Rahmen der Auflagen aus der aktuellen Verordnung über Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV2 in Sachsen-Anhalt durch die zuständige Behörde verwendet.

Die Datenerhebung, Datenaufbewahrung und eventuelle Datenverwendung dienen ausschließlich dem Gesundheitsschutz aller anwesenden Teilnehmer und möglichen Kontaktpersonen im KiEZ Arendsee / Altmark. Die Daten werden spätestens fünf Wochen nach Abgabe datenschutzkonform vernichtet.

*Die folgenden Angaben sind in Druckbuchstaben auszufüllen:*

Gruppe : \_\_\_\_\_  
Aufenthaltsdatum : \_\_\_\_\_  
Teilnehmer/-in : \_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte : \_\_\_\_\_  
Anschrift : \_\_\_\_\_  
Risikogebiet : JA: \_\_\_\_\_ NEIN: \_\_\_\_\_  
Telefon : \_\_\_\_\_

*Als Voraussetzung für eine Anreise benötigen wir für den Teilnehmer/-in die schriftliche Erklärung zu folgenden Punkten:*

Ich habe erkennbare Symptome einer COVID-19 oder jegliche Erkältungssymptome (wiederholtes Husten, Fieber, Atembeschwerden, Verlust der Geruchs- und Geschmackssinne). Ausgenommen sind Symptome, die auf ärztlich bescheinigten chronischen Erkrankungen beruhen (Allergien, Heuschnupfen, etc.)

JA:  NEIN:

Ich hatte Kontakt zu einer Person, die in den letzten 14 Tagen aus dem Ausland zurückgekehrt ist und nach der Rückkehr den Quarantänebeschränkungen unterliegt.

JA:  NEIN:

Ich hatte innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einer mit dem Virus COVID-19 infizierten Person.

JA:  NEIN:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der o.g. Angaben. Mir ist bewusst, dass Veränderungen sofort zu melden sind. Die Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Teilnehmer/-in

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/-er