

Selbstauskunft Gesundheitsbestätigung

Name der Einrichtung	
Name, Vorname des Kindes	
Geburtsdatum	
Klasse / Gruppe	

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass

- die oben genannte Person in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer infizierten Person hatte,
- die oben genannte Person keine typischen Symptome der Krankheit Covid-19 aufweist. Solche Symptome sind: Störung des Geruchs- und Geschmackssinns, erhöhte Temperatur bzw. Husten, der nicht durch eine chronische Erkrankung, wie z. B. Asthma, verursacht wird.
- die oben genannte Person sowie die im Hausstand lebenden Personen in keinem vom RKI ausgewiesenem Risikogebiet waren
- die Einrichtung umgehend informiert wird, wenn die oben genannten Krankheitsanzeichen auftreten.

Datum	Unterschrift eines Elternteils/Personensorgeberechtigten

Hinweis: Auch bei Personen, die beruflich mit Covid-19-Patienten Kontakt haben, kommt es ausschließlich darauf an, dass sie frei von Symptomen der Krankheit Covid-19 sind.

Wir weisen Sie nach § 16DSG-EKD/Art. 12 EU-DSGVO darauf hin, dass wir, die Stiftung Nikolauspflege, Daimlerstraße 73, 70372 Stuttgart, Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage von § 6Nr. 2DSG-EKD/Art. 6Nr. 1 a) EU-DSGVO verarbeiten. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Homepage unter www.nikolauspflege.de/datenschutzhinweis, telefonisch unter 0711 6564-922 oder per Mail unter social@nikolauspflege.de