

Registrierungsformular Contact-Tracing COVID-19

Bitte ausfüllen und unserem Kassen Personal übergeben!

Datum und Uhrzeit des Besuchs

Kontaktdatenerhebung zum Contact-Tracing im Falle einer positiven Covid-19 Infektion

Name	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	
Minderjährige Begleitpersonen	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der angegebenen Daten und stimme zu, dass diese zum Zweck der behördlichen Kontakt-Nachverfolgung im Falle einer positiven Covid-19 Infektion, 28 Tage aufbewahrt werden. Weiters stimme ich zu, dass die erhobenen Daten im Falle einer positiven Covid-19 Infektion an die Gesundheitsbehörde übermittelt werden - gemäß § 5 Abs. 3 Epidemiegesetz und § 10 Abs. 2 DSG (Rechtsgrundlagen im Sinne des Artikel 9 Abs. 2 lit. i DSGVO). Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten, sowie Ihren Rechten nach Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Website (<https://www.roemertherme.at/>)

Unterschrift: _____

Vom Personal auszufüllen

Nachweis geringer epidemiologischer Gefahr

	Bestätigung Mitarbeiter Römertherme
<input type="checkbox"/> Ärztliche/behördliche Bestätigung Genesung [6 Monate]	
<input type="checkbox"/> Impfung (nur eine Dosis) und Genesung [11 Monate]	
<input type="checkbox"/> Impfung (3. Impfung) [9 Monate]	
<input type="checkbox"/> Impfung (2. Impfung) [11 Monate]	
<input type="checkbox"/> Impfung (nur eine Dosis, Impfung >21 Tage) [9 Monate]	
<input type="checkbox"/> Impfung (1. Teilimpfung) und PCR Test [72 Stunden]	