

Angaben gemäß Nr. 3 und Nr. 8 des Rahmenplans für die Hygienemaßnahmen, den Infektions- und Arbeitsschutz an Schulen im Land Sachsen-Anhalt während der Corona-Pandemie (Stand 26.08.2021)

Vor- und Familienname:

Anschrift:
.....
.....

Telefonnummer:

Datum und Uhrzeit des Besuchs:

		JA	NEIN
1.	Ich habe heute erkennbare Symptome einer COVID-19 Erkrankung gemäß der aktuellen RKI-Definition oder Erkältungssymptome. Ausgenommen sind Symptome, die auf ärztlich bescheinigten chronischen Erkrankungen beruhen. (Heuschnupfen und andere Allergien etc.)		
2.	Ich unterliege aktuell Quarantänebeschränkungen.		
3.	Ich bin vollständig geimpft. Einen entsprechenden Nachweis habe ich vorgelegt.		
4.	Ich bin von COVID-19 genesen. Einen gültigen Genesenen-Nachweis habe ich vorgelegt.		
5.	Ich habe einen tagesaktuellen Nachweis (nicht älter als 24 Stunden) über einen SARS-CoV-2-Test vorgelegt.		

Mir ist bekannt, dass ich im Schulgebäude stets einen medizinischen Mund-Nasen-Schutz tragen muss.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der o.g. Angaben.

Datenschutzhinweise

Diese Selbstausskunft und die dort eingetragenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich in der Schule und ausschließlich in Papierform aufbewahrt.

Eine weitere Datenverarbeitung findet nur statt, wenn festgestellt werden sollte, dass Sie oder eine Ihrer Kontaktpersonen in der oben bezeichneten Schule positiv auf COVID-19 getestet werden sollte. In diesem Fall werden die personenbezogenen Daten genutzt, um mögliche Kontaktpersonen identifizieren zu können. Die Daten würden in diesem Fall auch an die örtlichen Gesundheitsbehörden weitergegeben werden.

Die Datenerhebung, Datenaufbewahrung und evtl. Datenverwendung dienen also ausschließlich dem Gesundheitsschutz.

Die Daten werden für die Dauer von vier Wochen aufbewahrt und danach in der Schule vernichtet.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift