



Name, Vorname des Kindes

Geb.-Datum des Kindes

- hat erkennbare Symptome¹ einer COVID-19 Erkrankung oder jegliche Erkältungssymptome.

Ja

Nein

Darin sind folgende Symptome eingeschlossen:

Fieber, Husten, Schnupfen, Kurzatmigkeit und Atemnot, Halsschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen, verstopfte Nase, Fehlen von Geruchs- und Geschmackssinn, Kopfschmerzen, Übelkeit/ Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Bindehautentzündung, Hautausschlag, Apathie

- ist innerhalb der letzten 14 Tage aus dem Ausland zurückgekehrt.
- hatte innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu Rückkehrern.
- hatte innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu infizierten Personen (COVID-19).
- Besteht aktuell oder bestand in der Vergangenheit in Ihrer Familie die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2?

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Wenn ja, von wann bis wann? Datum:

Datenschutzhinweise

Diese Selbstauskunft und die dort eingetragenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich von der Frühförderung der Lebenshilfe Ostfalen gGmbH und ausschließlich in Papierform (keine elektronische Speicherung) aufbewahrt.

Eine weitere Datenverarbeitung findet nur statt, wenn innerhalb von vier Wochen nach Abgabe der Erklärung in der Lebenshilfe festgestellt werden sollte, dass die Mitarbeiter oder eine Kontaktperson in der Frühförderung 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 des Gesundheitsschutzes möglicher Kontaktpersonen.

Die Daten werden datenschutzkonform aufbewahrt. Eine Vernichtung erfolgt sobald wir diese Daten nicht mehr benötigen.

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

Ort, Datum

Unterschrift der Personensorgeberechtigten

¹ Vgl. RKI. Musterformblatt Erhebung von Erkältungssymptomen bei Besuchern und Dienstleistern. 15. April 2020 https://www.rki.de/SiteGlobals/Forms/Suche/serviceSucheForm.html?nn=2375194&resourcelid=2390936&input_=2375194&pageLocale=de&searchEngineQueryString=Covid+Symptome&submit.x=0&submit.y=0