





6. Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet aufgehalten/kommen Sie aus einem Risikogebiet?

- Ja
- Nein

Falls JA angekreuzt wurde → Abgabe des Wohn-/Reiseortes

**Patientenfragebogen zu COVID-19 ff.**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datenschutzrechtliche Hinweise: Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 c), d), e), f) DSGVO und Art. 9 Abs. 2 DSGVO. Die Verarbeitung ist erforderlich, um Beschäftigte in unserem Unternehmen zu schützen und ggf. Kontaktpersonen von an Covid-19 erkrankten Personen ausfindig zu machen und rechtzeitig verständigen zu können. Ihre Daten werden erforderlichenfalls an das zuständige Gesundheitsamt weitergegeben. Nach spätestens 4 Wochen werden Ihre Daten gelöscht, wenn ihre Speicherung nicht mehr erforderlich ist. Sie haben das Recht auf Auskunft über die bei uns gespeicherten Daten. Sie haben das Recht auf Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung unter den in Art. 16 bis 18 DSGVO genannten Voraussetzungen. Ihnen steht ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde zu.