

Kundendaten

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass der Friseursalon:

C H R I S - R E I N E K O P F S A C H E

meine in diesem Formular erhobenen Daten zum Zwecke der Nachverfolgung einer möglichen Infektionskette speichert oder archiviert und diese auch bei Anfrage oder Verdacht einer Erkrankung an die zuständigen Behörden weiterleitet. Ich kann jederzeit Einsicht über meine gespeicherten Daten verlangen und die Löschung bzw. Vernichtung der gespeicherten oder archivierten Daten fordern. Mir ist bewusst, dass ich im Falle einer Verweigerung oder späteren Löschung nicht im Salon bedient werden darf.

Salonzeiten Wann haben Sie den Salon betreten/verlassen?

Am von bis

Krankheitsabfrage Haben Sie aktuell oder hatten Sie vor kurzem folgende Symptome?

Fieber	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Atemnot	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Husten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Geschmacks- und Geruchsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Falls Sie eine Frage mit „ja“ beantworten müssen, dürfen wir Sie leider nur bedienen, wenn Sie eine ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung oder ein Attest vorlegen, aus dem hervorgeht, dass Ihre Krankheitssymptome nicht Coronabedingt aufgetreten sind (z.B. Sie hatten eine normale Erkältung).

Wedemark,

Ort / Datum / Unterschrift