



Besucherformular COVID-19-Schutzmaßnahmen

Zum Schutz vor der Ausbreitung des Corona-Virus SARS-CoV-2 hat das Amt für regionale Landesentwicklung Leine-Weser (ArL LW) verschiedene Maßnahmen getroffen. So bitten wir Sie von einem persönlichen Besuch unseres Hauses zum gegenwärtigen Zeitpunkt abzusehen, sofern eine der folgenden Risikoindikatoren bei Ihnen vorhanden ist:

- Sie fühlen sich krank oder haben grippeähnliche Symptome wie Fieber, Atembeschwerden oder Husten
- Sie waren in den letzten 14 Tagen in einem durch das Robert-Koch-Institut eingestuften Risikogebiet oder einem besonders betroffenen Gebiet in Deutschland https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete.html
- Sie hatten in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person

In diesen Fällen können Sie uns gerne per Telefon oder E-Mail kontaktieren.

Telefon: +49 4271 801-100 E-Mail: poststelle@arl-lw.niedersachsen.de

Als weiteren Teil dieser Maßnahmen bitten wir Sie dieses Formular auf freiwilliger Basis auszufüllen, um Sie bei einem bestätigten COVID-19-Fall in unserem Haus informieren sowie Sie und Dritte schützen zu können. Sofern Sie diese Angaben nicht abgeben wollen, bitten wir Sie um Besuchsverzicht und Kontaktaufnahme wie oben beschrieben.

Name:	
Vorname:	
Firma:	
Adresse:	
Kontaktdaten	
Telefonnummer:	
und/oder	
E-Mail-Adresse:	
Besuchstermin:	
Kontaktpersonen im ArL LW, sofern bekannt	

Ihre Daten werden nur im Zusammenhang mit Ihrem persönlichen Kontakt innerhalb des ArL LW verarbeitet und nach einer Frist von vier Wochen zum nächsten ersten eines Monats gelöscht. Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) aufgrund Ihrer Einwilligung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der COVID19-Schutzmaßnahmen ein. Die Datenschutzerklärung des ArL LW habe ich zur Kenntnis genommen. Ferner bestätige ich, dass keine der genannten Risikoindikatoren auf mich zutreffen. Sollte in den nächsten 14 Tagen eine COVID-19 Erkrankung bei mir festgestellt werden, erkläre ich mich bereit, das ArL LW unverzüglich zu informieren.

Datum	Unterschrift
--------------	---------------------