

Dokumentation Saunagäste

① _____
Name, Vorname

② _____

③ _____

④ _____

⑤ _____

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

Unterschrift*

Wird vom KiboBad ausgefüllt:

Datum des Besuchs: _____

Zeitfenster: 15.00 – 20.00 Uhr

* Mit der Unterschrift bestätigt die/der Besucher*innen, dass sie/er beim Betreten des KiboBades absolut symptomfrei ist/sind. Außerdem stimmen die/der Besucher*innen zu, dass die persönlichen Daten zum Zwecke der Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit einer möglichen COVID-19-Infektion genutzt, für 1 Monat gespeichert und auf Anfrage an die zuständige Gesundheitsbehörde weitergegeben werden dürfen.