**Einwilligungserklärung zur Speicherung von personenbezogenen Daten**

Wir sind damit einverstanden, dass die unten genannten Daten unseres Kindes 4 Wochen gespeichert werden, damit eine etwaige Infektionskette nachverfolgt werden kann. Die Daten werde ausschließlich zu diesem Zweck gespeichert und nur im Verdachtsfall an das Gesundheitsamt Würzburg weitergeleitet. Die Daten werden nach 4 Wochen gelöscht.

|  |  |
| --- | --- |
| Nachname, Vorname Kind | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum Kind | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Nachname, Vorname Eltern | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Nachname, Vorname Eltern | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Straße, Hausnummer | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| PLZ, Ort | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefonnummer | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ort, Datum Unterschrift **beider** Eltern (Personensorgeberechtigter)