

**Einverständniserklärung Teilnehmer/-in
für den Demenz- Informationstag am 17. September 2020
St. Augustinus Krankenhaus während der Corona-Pandemie**

Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Angebot: _____ Uhrzeit: _____
Telefon-Nr.: _____
E-Mail-Adresse: _____

Ich habe mich über die Empfehlungen des Landes NRW zur Wiederaufnahme von Bildungsangeboten (Kurs), während der Corona-Pandemie informiert.
Ebenfalls verpflichtete ich mich zur Einhaltung der Verordnung zum Schutz vor Neuinfizierungen mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2 in Bezug auf Ein- und Rückreisende.
(www.land.nrw/corona)

Mir wurden die Verhaltens- und Hygieneregeln erklärt.
Die Mund-Nasen-Bedeckung ist verpflichtend während des gesamten Aufenthalts im Krankenhaus zu tragen.
Ich bin bereit, dies einzuhalten und die entsprechenden Anweisungen der Kursleitung zu befolgen. Mir ist bekannt, dass für mich ein Restrisiko besteht, mich mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2 zu infizieren.

Ich erkläre, dass ich bei Krankheitssymptomen und nach Kontakt mit infizierten Personen nicht an der Veranstaltung teilnehmen werde. Sollte innerhalb von zwei Wochen nach der Teilnahme an einem Kurs eine Infektion bei mir auftreten, werde ich den/die Dozent/-in/Träger/-in darüber informieren. Gleiches gilt für den Umstand, dass ich in den letzten vierzehn Tagen Kontakt zu einer an Covid-19 erkrankten Person hatte.

Ich wurde darüber informiert, dass meine personenbezogenen Daten ausschließlich unter strengster Beachtung des Datenschutzes verwendet werden. Um den Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes sowie etwaiger einschlägiger aktueller Vorschriften Genüge zu tun, ist es zusätzlich zwingend erforderlich, Informationen über Krankheitssymptome, die auf eine Covid-19-Infektion oder Kontakt zu infizierten Personen hindeuten, zu erfassen bzw. an die örtlichen Gesundheitsbehörden weiterzuleiten.

Ich willige in die freiwillige Teilnahme am Demenz-Informationstag unter den oben genannten Bedingungen ein.

Ort, Datum Unterschrift Teilnehmer/-in