

Eigenbestätigung der medizinischen Notwendigkeit der Übernachtung

Zeitraum von: _____ bis: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Ich übernachte aus medizinisch wichtigem Grund und bestätige hiermit, dass die Übernachtung/en medizinisch bedingt ist/sind.

Hinweis zum Datenschutz

Die Abgabe dieser Eigenbestätigung gegenüber dem Beherbergungsbetrieb ist freiwillig. Die erhobenen Daten werden in Einzelfällen und auf Anforderung der Behörden weitergeleitet, die sich das Recht vorbehält, die gemachten Angaben zu überprüfen.

In die o. g. Verarbeitung und Nutzung der Daten wird mit Abgabe dieser Bestätigung eingewilligt.

Weitere Hinweise

Im Falle einer inhaltlich unrichtigen oder gefälschten Bestätigung kann der Gast in Haftung genommen werden. Das Ausstellen einer inhaltlich unrichtigen Bestätigung kann als Ordnungswidrigkeit oder Straftat verfolgt werden.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Übernachtungen zu touristischen Zwecken auf behördliche Anweisung derzeit und bis auf Weiteres für Reisende aus Gebieten mit erhöhten Infektionsgefahren gem. den tagesaktuellen Informationen des Robert-Koch-Instituts nicht gestattet sind. In diesem Fall ist eine Übernachtung nicht möglich!

Ort, Datum

Unterschrift