

## ANLEITUNG

1. Füllen Sie dieses Formular vollständig aus und unterschreiben Sie es.



2. Händigen Sie das ausgefüllte Formular dem Servicemitarbeiter am Eingang aus.



3. Zur besonderen Rückverfolgbarkeit nach §2a der aktuellen CoronaSchVO bewahrt das Capitol Theater Düsseldorf das Kontaktformular sowie den daraus erstellten Sitzplan für einen Zeitraum von 4 Wochen auf.



4. Im Falle einer auftretenden Covid-19-Infektion versendet das Capitol Theater Düsseldorf den erstellten Sitzplan an die zuständige Gesundheitsbehörde.



5. Ist nach 4 Wochen kein Covid-19-Fall vom Tag Ihres Theaterbesuchs bekannt, werden die Kontaktformulare sowie der erstellte Sitzplan durch unseren Dienstleister für Dokumentenvernichtung fachgerecht entsorgt.



**Bitte beachten Sie im gesamten Theater den Mindestabstand von 1,5m und bringen Sie Ihren Mund-Nasen-Schutz zur Veranstaltung mit. Wenn Sie eines oder mehrere Krankheitssymptome aufweisen (Husten, Fieber, Schnupfen, Halsschmerzen, allgemeine Schwäche, Durchfall, Geruchs- und Geschmacksstörung), können wir Ihnen keinen Zugang zum Theater gewähren.**

## KONTAKTFORMULAR

BITTE DAS FORMULAR VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN UND UNTERSCHREIBEN!

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stadt

\_\_\_\_\_  
Theater

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (Festnetz oder Mobil)

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse (falls vorhanden)

\_\_\_\_\_  
Sitzreihe

\_\_\_\_\_  
Platz

Ich bestätige,

- dass ich die Hinweise gelesen und verstanden habe.
- dass dies die korrekten Angaben meiner Daten sind.
- dass ich der Aufbewahrung meiner Daten zustimme. (siehe Punkt 5)
- dass ich keines der genannten Krankheitssymptome (Husten, Fieber, Schnupfen, Halsschmerzen, allgemeine Schwäche, Durchfall, Geruchs- und Geschmacksstörung) aufweise.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Bei Minderjährigen bitte Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Vielen Dank!

Ihr Team vom Capitol Theater Düsseldorf