



# Bestätigung der Übernachtung

zur Inanspruchnahme zwingend erforderlicher medizinischer,  
therapeutischer oder pflegerischer Leistungen gemäß §11 Absatz 2 der Brandenburgischen siebten  
SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung (7. SARS-CoV-2-EindV)

Name und Anschrift der medizinischen Einrichtung (Briefkopf der Firma)

Hiermit bestätigen wir

dass der Aufenthalt in Bad Saarow vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ aus medizinischer, therapeutischer  
oder pflegerischer Sicht zwingend erforderlich ist.

Datum

Name, Vorname des/der Unterschreibenden  
in Druckbuchstaben

Unterschrift der medizinischen Einrichtung

## Weitere Hinweise

Eine Übernachtung ist dann aus medizinischer, therapeutischer oder pflegerischer Sicht zwingend erforderlich, wenn die medizinische, therapeutische oder pflegerische Tätigkeit im Amtsbereich Scharmützelsee ohne Übernachtung nicht möglich bzw. unzumutbar wäre. Das Amt Scharmützelsee, der Landkreis Oder Spree oder das Land Brandenburg kann diese Bestätigung auf Ihre Richtigkeit überprüfen. Im Falle einer inhaltlichen unrichtigen oder gefälschten Bestätigung kann der Gast in Haftung genommen werden. Das Ausstellen einer inhaltlich unrichtigen Bestätigung kann als Ordnungswidrigkeit oder Straftat verfolgt werden.

## Datenschutz

Es ist unser Anspruch, all unseren Interessenten, Kunden und Geschäftspartnern einen ausgezeichneten Service zu bieten. Dazu gehört auch der Schutz Ihrer Daten. Um sicherzustellen, dass Sie darüber informiert sind, wie wir Ihre persönlichen Daten verwenden, haben wir die Datenschutzrichtlinien aktualisiert. Informationen zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten können Sie unserer Datenschutzerklärung entnehmen. In die Verarbeitung und Nutzung der Daten wird mit Abgabe dieser Bestätigung eingewilligt.