



## Zustimmung zur Durchführung der Belehrung und einer sich evtl. daraus ergebenden ärztlichen Untersuchung

Name der / des Sorgeberechtigten .....

Anschrift der / des Sorgeberechtigten .....

### Als Sorgeberechtigte/r für

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Anschrift .....

**erteile ich meine Zustimmung zur Durchführung einer mündlichen und schriftlichen Belehrung gem. § 43 IfSG und einer sich möglicherweise ergebenden ärztlichen Untersuchung.**

Ort/Datum

rechtskräftige Unterschrift der / des Sorgeberechtigten

## Erklärung der / des Sorgeberechtigten nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 Infektionsschutzgesetz in Verbindung mit § 43 Abs. 6 IfSG

Ich erkläre hiermit,

- dass ich mich gemäß § 43 Abs. 6 IfSG über die Tätigkeits- und Beschäftigungsverbote (siehe Belehrungsmaterial) informiert habe und
- dass bei meiner Tochter / meinem Sohn keine Hinderungsgründe für eine Tätigkeit im Lebensmittelbereich vorliegen.

Ich wurde darüber in Kenntnis gesetzt, dass ich bei Auftreten von Hinderungsgründen zur Mitteilung gegenüber dem Arbeitgeber verpflichtet bin.

Ort/Datum

rechtskräftige Unterschrift der / des Sorgeberechtigten

### Anschrift

Landratsamt Mittelsachsen  
Frauensteiner Straße 43, 09599 Freiberg  
Tel. 03731 799-0, Fax 03731 799-3250

### Öffnungszeiten

Mo u. Mi nach Terminvereinbarung  
Di u. Do 9 – 12 sowie 13 – 18 Uhr  
Fr 9 – 12 Uhr

### Bankverbindungen

Sparkasse Mittelsachsen, BLZ: 870 520 00, Konto: 3 120 000 263  
IBAN: DE37 8705 2000 3120 0002 63, BIC: WELADED1FGX  
Kreissparkasse Döbeln, BLZ: 860 554 62, Konto: 3 396 000 1  
IBAN: DE47 8605 5462 0033 9600 01, BIC: SOLADES1DLN



Gesundheitsamt

**S E L B S T A U S K U N F T**  
**zum Erhalt eines Gesundheitszeugnisses**  
**gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz vom 20.07.2000 (IfSG)**

**Fragen zur gesundheitlichen Vorgeschichte der minderjährigen Person**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

Hatten Sie im Verlauf Ihres Lebens Infektionskrankheiten wie:

- |   |   |               |
|---|---|---------------|
| ⇒ ansteckende Gelbsucht (Virushepatitis)  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____         |
|   |   | wenn ja, wann |
| ⇒ ansteckende Durchfallerkrankungen wie Cholera, Salmonellen, Ruhr, Typhus, Paratyphus bzw. waren Sie Ausscheider solcher Erreger | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____         |
|   |   | wenn ja, wann |

Haben sie oder hatten Sie innerhalb der letzten 12 Monate:

- |   |   |               |
|---|---|---------------|
| ⇒ Hauterkrankungen (Furunkel oder ähnliche)     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____         |
|   |   | wenn ja, wann |
| ⇒ eitrige Hals- oder Rachen-/Mandelentzündungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____         |
|   |   | wenn ja, wann |
| ⇒ sonstige eitrige Erkrankungen                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____         |
|   |   | wenn ja, wann |

Waren Sie innerhalb der letzten 3 Monate an Durchfall erkrankt oder haben Sie zurzeit Durchfall?  nein  ja \_\_\_\_\_  
wenn ja, wann

Haben Sie sich innerhalb des letzten Jahres (auch kurzfristig) im Ausland aufgehalten?  nein  ja \_\_\_\_\_  
wenn ja, wann

und wo: \_\_\_\_\_

Haben Sie Kontakt zu einem bekannten Ausscheider von Typhus, Paratyphus-, Ruhr- oder Salmonellenerregern?  nein  ja \_\_\_\_\_  
wenn ja, wann

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Kontakt zu Infektionskrankheiten (z. B. ansteckender Gelbsucht)?  nein  ja \_\_\_\_\_  
wenn ja, wann

Ist eine Person Ihrer Wohngemeinschaft an den bisher aufgeführten Erkrankungen erkrankt bzw. scheidet sie o.g. Erreger aus?  nein  ja \_\_\_\_\_  
wenn ja, wann

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Anschrift**

Landratsamt Mittelsachsen  
Frauensteiner Straße 43, 09599 Freiberg  
Tel. 03731 799-0, Fax 03731 799-3250

**Öffnungszeiten**

Mo u. Mi nach Terminvereinbarung  
Di u. Do 9 – 12 sowie 13 – 18 Uhr  
Fr 9 – 12 Uhr

**Bankverbindungen**

Sparkasse Mittelsachsen, BLZ: 870 520 00, Konto: 3 120 000 263  
IBAN: DE37 8705 2000 3120 0002 63, BIC: WELADED1FGX  
Kreissparkasse Döbeln, BLZ: 860 554 62, Konto: 3 396 000 1  
IBAN: DE47 8605 5462 0033 9600 01, BIC: SOLADES1DLN