

**Absender**

Name  
 Straße  
 PLZ/Ort

Landratsamt Bautzen  
 Gesundheitsamt  
 Bahnhofstraße 9  
 02625 Bautzen

**Zustimmung zur Durchführung der Belehrung  
 nach § 43 Infektionsschutzgesetz  
 und einer sich daraus evtl. ergebenden  
 ärztlichen Untersuchung**

Tel.: 03591 - 52 51 53 000  
 Fax: 03591 - 52 50 53 000  
 E-Mail: [gesundheitsamt@lra-bautzen.de](mailto:gesundheitsamt@lra-bautzen.de)

Zugunsten der besseren Lesbarkeit verzichten wir auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen. Die Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter.

**1. Angaben zum Sorgeberechtigten**

Name		Vorname	
PLZ	Ort	Ortsteil	
Straße			Haus-Nr.

**Sorgeberechtigter für**

Name		Vorname		Geb.-Datum	
PLZ	Ort	Ortsteil			
Straße				Haus-Nr.	

erteile ich meine Zustimmung zur Durchführung einer mündlichen und schriftlichen Belehrung gemäß § 43 Infektionsschutzgesetz (IfSG) und einer sich möglicherweise ergebenden ärztlichen Untersuchung.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 rechtskräftige Unterschrift

**Erklärung der Sorgeberechtigten nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 IfSG in Verbindung mit § 43 Abs. 6 IfSG**

Ich erkläre hiermit,

- dass ich mich gemäß § 43 Abs. 6 IfSG über die Tätigkeits- und Beschäftigungsverbote (siehe Merkblatt Belehrungen zum Nachweisheft für Beschäftigte im Lebensmittelbereich) [http://www.landkreis-bautzen.de/download/buergerservice/53\\_Belehrung\\_IFSG\\_Lebensmittel.pdf](http://www.landkreis-bautzen.de/download/buergerservice/53_Belehrung_IFSG_Lebensmittel.pdf) informiert habe und
- dass bei meinem Kind oder bei der von mir betreuten Person keine Hinderungsgründe für eine Tätigkeit im Lebensmittelbereich vorliegen.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich bei Auftreten von Hinderungsgründen zur Mitteilung gegenüber dem Arbeitgeber verpflichtet bin.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 rechtskräftige Unterschrift

Zustimmung zur Durchführung der Belehrung nach § 43 Infektionsschutzgesetz - 02/2019

© Landratsamt Bautzen

## Selbstauskunft

zum Erhalt eines Gesundheitszeugnisses gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz

### Fragen zur gesundheitlichen Vorgeschichte der minderjährigen oder betreuten Person

Name	Vorname
------	---------

1. Sind Sie gegenwärtig oder waren Sie in den vergangenen 4 Wochen krank?

ja

nein

**Wenn ja**

Durchfall

Erbrechen

Fieber

grippaler Infekt

Hauterkrankung

infizierte Wunde(n)

2. Sind/Waren Sie an einer "Gelbsucht" (Hepatitis A oder E) erkrankt?

ja

nein

3. Sind /Waren Sie an einer Tuberkulose erkrankt?

ja

nein

4. Scheiden Sie Krankheitserreger aus?

ja

nein

5. Ist jemand in Ihrer Familie/Umgebung (gemeinsamer Haushalt) gegenwärtig erkrankt oder waren Angehörige/Bekannte in den vergangenen 4 Wochen erkrankt **und** haben/hatten Sie Kontakt zu den Betroffenen?

ja

nein

**Wenn ja:**

Durchfall

Erbrechen

Fieber

grippaler Infekt

6. Hatten Sie während der letzten 8 Wochen im Rahmen Ihrer Tätigkeit (wie Kinderbetreuung, Altenpflege oder Reinigung usw.) Kontakt zu menschlichen Körperausscheidungen (Fäkalien, Erbrochenes, Speichel)?

ja

nein

7. Waren Sie während der letzten 8 Wochen im Ausland?

ja

nein

**Wenn ja, wo?**

Sind Sie dort oder im Anschluss zu Hause erkrankt?

ja

nein

**Wenn ja, bitte kurze Beschreibung.**

Informationen nach Datenschutzgrundverordnung finden Sie unter

[http://www.landkreis-bautzen.de/download/buergerservice/53\\_Informationspflicht\\_AAED.pdf](http://www.landkreis-bautzen.de/download/buergerservice/53_Informationspflicht_AAED.pdf)

Ort, Datum

rechtskräftige Unterschrift