

**Erklärung nach §43 Infektionsschutzgesetz (IfSG) für Sorgeberechtigte und  
Betreuungspersonen von beschränkt geschäftsfähigen Personen**

Ich, \_\_\_\_\_, erteile als Sorgeberechtigte bzw. Betreuungsperson von  
Name, Vorname

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort Straße, Hausnr.

Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber/Schule: \_\_\_\_\_

Einrichtung des Praktikums: \_\_\_\_\_

mein Einverständnis, dass vorgenannte Person an der Belehrung nach § 43 Abs. 1 IfSG im  
Gesundheitsamt teilnimmt.

Den Fragebogen zur Erteilung einer Bescheinigung nach §§ 42, 43 IfSG und das Merkblatt zur Erhebung  
personenbezogener Daten habe ich zur Kenntnis genommen.

Hiermit erkläre ich, dass mir bei der oben genannten Person keine Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot  
bekannt sind.

Es ist mir bekannt, dass ich verpflichtet bin, den Arbeitgeber von oben genannter Person unverzüglich zu  
informieren, wenn nach Aufnahme der Tätigkeit Hinderungsgründe nach § 43 IfSG auftreten.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Sorgeberechtigten/  
der Betreuungsperson

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des zu Belehrenden



**Zur Erstellung der Bescheinigung des Gesundheitsamtes nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) benötigen wir von Ihnen einige Angaben zur Vorgeschichte der Betreuungsperson.**

Hatte die von Ihnen zu betreuende Person in den letzten sechs Wochen folgende Erkrankungen:

	Hatte die von Ihnen zu betreuende Person in den letzten 6 Wochen folgende Erkrankungen?		Hat ein Mitbewohner/ein enges Familienmitglied eine der folgenden Erkrankungen?	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A oder E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen/Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausscheidung von Erregern (Salmonellen, Campylobacter, Yersinien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Symptome?				