

Kreisverwaltung Rhein-Hunsrück-Kreis  
Gesundheitsamt Simmern, Hüllstr. 13, 55469 Simmern  
Tel. 06761/82-704, FAX 06761/82-777

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Straße:** \_\_\_\_\_ **Wohnort:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Geburtsort:** \_\_\_\_\_

Zur Belehrung gemäß § 43 Infektionsschutzgesetz (IfSG) benötigen wir von Ihnen einige Angaben zu Ihrer Krankenvorgeschichte.

Konnten Sie in den letzten 3 Monaten folgende Krankheitszeichen bei sich beobachten?  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Ja	nein
1. Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ständiger Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hautausschläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie gegenwärtig an einer infizierten Wunde oder Hautkrankheit, wobei die Möglichkeit besteht, dass deren Krankheitserreger auf Lebensmittel übertragen werden können?  Ja  nein

Ist bei Ihnen oder Ihnen nahe stehenden Personen eine ansteckende Gelbsucht (Virushepatitis A/E) festgestellt worden?  Ja  nein

Leiden oder litten Sie an einer Tuberkulose, Typhus oder Paratyphus, akuter Magen-Darm-Grippe ausgelöst durch Salmonellen, Shigellen, Cholerabakterien, Staphylokokken, Campylobacter, Rotaviren oder anderen Durchfallerkrankungen?  Ja  nein

Wurden bei einer Stuhluntersuchung schon einmal Krankheitserreger nachgewiesen?  Ja  nein

**Ich erkläre hiermit, dass ich gem. § 43 Abs.1 Infektionsschutzgesetz mündlich und schriftlich aufgeklärt wurde, und dass bei mir keine Tatsachen für ein Beschäftigungsverbot bekannt sind.**

Simmern, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Nur bei minderjährigen bzw. geschäftsunfähigen Personen (betreuten Personen):  
Die Belehrungsunterlagen zu § 43 Abs. 1 Nr. 1 IfSG habe ich zur Kenntnis genommen.  
Es sind mir keine Tatsachen für ein Beschäftigungsverbot bekannt.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_