



# Kreis Rendsburg-Eckernförde

Der Landrat

Fachdienst Gesundheitsdienste

## Fragebogen zu § 42 Abs. 1 und Erklärung zu § 43 Abs. 1 Nr. 2 Infektionsschutzgesetz - IfSG

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

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Straße : \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort : \_\_\_\_\_

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Haben oder hatten Sie in den letzten Tagen Durchfall und/oder Erbrechen? Ja  Nein

Haben Sie oder hatten Sie in den letzten Tagen Gelbsucht?  
(Gelbe Augen, gelbe Haut) Ja  Nein

Haben Sie infizierte Wunden oder Hautkrankheiten? Ja  Nein

### **Hinweis:**

Wurde einer der oben genannten Fragen mit ja beantwortet, so ist auch die nachfolgende Frage zu beantworten!

Waren Sie in den letzten 4 Wochen im Ausland? Ja  Nein

Wenn ja: wo? \_\_\_\_\_

Ich erkläre hiermit, dass

- ich o.g. Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe;
- ich gemäß § 43 Abs. IfSG mündlich und schriftlich aufgeklärt wurde und alles verstanden habe,
- mir keine Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot bekannt sind.

Mit der Speicherung der o.g. Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift) bin ich

einverstanden  nicht einverstanden.

*(Hinweis: Ihre Daten werden längsten für den Zeitraum von zwei Jahren gespeichert. Innehrlab dieses Zeitraums können wir ggf. eine Zweitschrift der heute ausgehändigten Bescheinigung ausstellen.)*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Teilnehmers / der Teilnehmerin

für Minderjährige :

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

für Betreute :

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Betreuers / der Betreuerin