Name, Vorname			
Geburtsdatum	Alter	Geschlecht	Staatsangehörigkeit
Adresse		Welche Tätigkeit üben Sie gegenwärtig aus?	
		Wann beginnt die Tätigkeit im Lebensmittelbereich (im Sinne von § 43 IfSG)?	

Fragebogen zur Krankenvorgeschichte im Sinne des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten oder haben Sie zur Zeit Kontakt mit Personen, die an nachfolgenden Infektionserkrankungen erkrankt sind?

	ja	nein
1. Typhus/Paratyphus	☐	☐
2. Cholera	☐	☐
3. Shigellenruhr	☐	☐
4. Salmonellose	☐	☐
5. Virushepatitis A oder E (ansteckende Leberentzündung)	☐	☐
6. andere ansteckende Magen-Darm-Erkrankungen	☐	☐

Hatten Sie in den vergangenen 6 Monaten oder haben Sie zur Zeit eines der folgenden Symptome oder Krankheitszeichen?

7. Durchfall mit mehr als zwei dünnflüssigen Stühlen pro Tag	☐	☐
8. Übelkeit, Erbrechen und Fieber sowie hohes Fieber mit schweren Kopf-, Bauch- oder Gelenkschmerzen und Verstopfung	☐	☐
9. reiswasserähnliche Durchfälle mit Flüssigkeitsverlust	☐	☐
10. Gelbfärbung der Haut und der Augäpfel mit Schwäche und Appetitlosigkeit	☐	☐
11. gerötete Wunden oder offene Stellen von Hautkrankheiten	☐	☐
12. nässende, schmierige, eitrige und blutende Wunden	☐	☐
13. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung der Lunge?		
14. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in tropischen oder subtropischen Ländern?	☐	☐
15. Nehmen oder nahmen Sie vor kurzem Antibiotika?	☐	☐
16. Erbrachte die Untersuchung einer Stuhlprobe von Ihnen jemals den Nachweis folgender Krankheitserreger: Salmonellen, Shigellen, EHEC-Bakterien oder Choleravibrionen?	☐	☐

Erklärung:

Ich habe dem untersuchenden Arzt bzw. dem Mitarbeiter des Gesundheitsamtes alles mitgeteilt, was für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes von Bedeutung sein könnte. Ich bin damit einverstanden, dass die für die Beurteilung benötigten ärztlichen Befunde und Unterlagen dem Gesundheitsamt zur Verfügung gestellt werden.

....

Ort, Datum Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter/Betreuer)

LANDKREIS
SCHMALKALDEN-MEININGEN
natürlich sportlich

Landratsamt Schmalkalden-Meiningen • Obertshäuser Platz 1 • 98617 Meiningen
Postfach 10 01 54 • 98601 Meiningen

Fachbereich Soziales, Jugend und Gesundheit
Fachdienst Gesundheit

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen:
Unsere Nachricht vom:

Bearbeiter: Frau Strauß
Telefon: 03693/485-8702
Telefax: 03693/485-470
E-Mail: uta.strauss@lra-sm.de

Datum:

Erklärung nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Name, Vorname:
geb. am:
wohnhaft:

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

Meiningen, den _____ _____
Datum Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter/Betreuer)

Bescheinigung des Fachdienst Gesundheit nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz

Hiermit wird bescheinigt, dass o. g. Person am _____ mündlich und schriftlich über die in § 42 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz genannten Tätigkeitsverbote und die Verpflichtungen nach § 43 Abs. 2, 4 und 5 IfSG belehrt worden ist.

Meiningen, den _____ _____
Datum Unterschrift des FD Gesundheit

Tel 03693 485-0
Fax 03693 485-436 • www.lra-sm.de
poststelle@lra-sm.thueringen.de
(nur einfache Mitteilungen ohne Signatur)

Bankverbindung
Rhön-Rennsteig-Sparkasse
BLZ 840 500 00
Konto 1 305 004 635
IBAN DE12840500001305004635
BIC HELADEF1RRS

Allgemeine Öffnungszeiten:
Montag, Dienstag, Freitag 8.30 - 12.00 Uhr
Donnerstag 8.30 – 12.00 Uhr und 13.00 – 17.30 Uhr
und nach vorheriger Terminabsprache