

## Fragebogen & Belehrung Infektionsschutz

Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 2 Wochen Fieber oder Erkältungssymptome?

---

Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt mit einer Covid-19 positiven Person?

---

Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 4 Wochen Durchfall?

---

Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 4 Wochen Erbrechen?

---

Haben Sie Hautentzündungen im Gesicht, an den Armen oder Händen?

---

Waren Sie in den letzten 4 Wochen im Ausland?

---

## Erklärung nach § 43 Abs. 1, Nr. 2 Infektionsschutzgesetz

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

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

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

(des Erziehungsberechtigten bzw. Sorgeberechtigten)