Dienstgebäude (Besucheradresse):
Landkreis Oberhavel, Fachbereich Gesundheit, Fachdienst Amtsärztlicher Dienst, Hygiene
Havelstraße 29, 16515 Oranienburg

direkt drüber!
oberhavel

Landkreis Oberhavel
Fachbereich Gesundheit
Fachdienst Amtsärztlicher Dienst, Hygiene
Adolf-Dechert-Straße 1
16515 Oranienburg

Hinweise zum Ausfüllen dieses Formulars
Dieses Formular ist sowohl online am Computer als auch per Hand ausfüllbar. Sollten Sie die handschriftliche Variante wählen, achten Sie bitte auf gute Lesbarkeit. In jedem Fall überprüfen Sie bitte eingehend, ob Ihre Angaben richtig und vollständig sind.

Kästchen ☐ sind, wenn zutreffend, anzukreuzen.

Fragebogen zur Erteilung einer Bescheinigung nach §§ 42, 43 IfSG ("Gesundheitsausweis")

Name (Geburtsname)	Vorname	
Straße		Hausnummer
Postleitzahl	Wohnort	Geburtsdatum

Sind Sie jemals an einer der folgenden Krankheiten erkrankt gewesen?

Typhus	☐ nein	☐ ja, und zwar im Jahr ____
Paratyphus	☐ nein	☐ ja, und zwar im Jahr ____
ansteckende Gelbsucht	☐ nein	☐ ja, und zwar im Jahr ____

Sind Sie in den letzten drei Monaten an einer der folgenden Krankheiten erkrankt gewesen oder sind es noch?

Ruhr	☐ nein	☐ ja, und zwar im Jahr ____
sonstige ansteckende Durchfallerkrankung	☐ nein	☐ ja, und zwar im Jahr ____
ansteckende (z. B. eitrige) Hauterkrankung	☐ nein	☐ ja, und zwar im Jahr ____

Waren Mitglieder Ihrer Wohngemeinschaft in den letzten 12 Monaten an einer der o. g. Krankheiten erkrankt?

☐ nein ☐ ja, an: _____

_____

Über die Anforderungen an die persönliche Hygiene sowie meine Pflichten beim Auftreten folgender Krankheitssymptome bei mir wurde ich belehrt:
Durchfall, Leibschmerzen, Erbrechen, Fieber,
starke Erkältung mit anhaltendem Husten und/oder eitrigem Ausfluss aus Nase/Mund
infizierte Wunden und andere ansteckende Hautkrankheiten, Gelbsucht

_____	Datum	_____
Ort		Unterschrift

Formular Drucken | Daten zurücksetzen | Zwischenspeichern

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass mein/e Sohn/Tochter _____

geb. am Geburtsdatum

ohne Anwesenheit eines Elternteils zu den §§ 42/43 Infektionsschutzgesetz (IfSG) belehrt wird.

Den Fragebogen zur Erteilung einer Bescheinigung nach § 42/43 IfSG habe ich zur Kenntnis genommen.

Mein Kind war an genannten Krankheiten erkrankt:

☐ nein ☐ ja, und zwar an: _____ im Jahr: _____

_____ im Jahr: _____

Mitglieder der Wohngemeinschaft waren an genannten Krankheiten erkrankt

☐ nein ☐ ja, und zwar an: _____ im Jahr: _____

_____ im Jahr: _____

Mein Kind wohnt nicht mehr zu Hause.

_____ Datum _____

Ort Unterschrift

Formular Drucken Daten zurücksetzen Zwischenspeichern