

Dienstgebäude (Besucheradresse):
 Landkreis Oberhavel, Fachbereich Gesundheit
 Fachdienst Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
 Havelstraße 29, 16515 Oranienburg



Landkreis Oberhavel
 Fachbereich Gesundheit
 Fachdienst Kinder- und Jugendärztlicher
 Dienst
 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 für Schülerpraktika

| | | | |
|--------------|---------|---------|--------------|
| Name (Kind) | | 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

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.

Ort

| |
|---------------------------------|
| Datum |
| _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |

Unterschrift