

Persönliche Angaben (bitte deutlich schreiben)

Name, Geburtsname

Grube

Vorname(n)

Kai

Geburtsdatum

21.08.1964

Wohnanschrift

Wilhelm-Pieck-Ring 47
99625 Köllda

Ich bin im Besitz eines Gesundheitszeugnisses nach § 18 Bundes-Seuchengesetz (bitte in Kopie beilegen).

Ich bin im Besitz einer/der nebenstehenden*) Bescheinigung nach § 43 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (falls nicht nebenstehend, bitte in Kopie beilegen).

*) Nichtzutreffendes streichen

**Bescheinigung des Gesundheitsamtes
nach § 43 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

I. Belehrung gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 1 IfSG

Herr/Frau

Name, Vorname(n)

Grube, Kai

wurde mündlich und schriftlich über die in § 42 Abs. 1 IfSG genannten Tätigkeitsverbote und die Verpflichtungen gemäß § 43 Abs. 2, 4 und 5 belehrt.

Datum

18. MAI 2010

Landratsamt Sömmerda
-Gesundheitsamt-
Dr. med. B. Petzschke
Amtsärztin

i. A. Frau

Stempel und Unterschrift i. A. d. Amtsarztes

II. Erklärung gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 2 IfSG

Hiermit erkläre ich im Anschluss an vorstehende Belehrung, dass mir keine Tatsachen bekannt sind, die ein Tätigkeitsverbot nach § 42 Abs. 1 IfSG für mich zur Folge haben könnten.

Datum

18. MAI 2010

Unterschrift Arbeitnehmer

Nur für Arbeitgeber

**Bescheinigung des Gesundheitsamtes über die Teilnahme an einer Belehrung nach den §§ 42/43 IfSG –
Gesundheitliche Anforderungen an das Personal beim Umgang mit Lebensmitteln**

Herr / Frau

Grube, Kai

hat am

18. MAI 2010

**Landratsamt Sömmerda
-Gesundheitsamt
Wielandstraße 4
99610 Sömmerda
Tel. (03634) 354 781 Fax 354 780**

im (Gesundheitsamt)

an einer Belehrung über den Umgang von Beschäftigten mit Lebensmitteln teilgenommen. Er/Sie hat Personen, die die in § 42 Abs. 1 genannten Tätigkeiten ausüben, nach Aufnahme ihrer Tätigkeit und im Weiteren jährlich über die Verhütung von Infektionen und Intoxikationen zu belehren.

Die Teilnahme an der Belehrung ist schriftlich zu bestätigen.

Das Gesundheitsamt kann die Qualität der Belehrung überprüfen.

Datum

18. MAI 2010

**Landratsamt Sömmerda
-Gesundheitsamt-
Dr. med. B. Petzschke,
Amtsärztin**

i. A. f. [Signature]

Unterschrift Arbeitgeber

Stempel und Unterschrift i. A. d. Amtsarztes

Bescheinigung des Arbeitgebers über Belehrungen nach § 43 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz*)

Datum / Anlass der Belehrung Unterschrift Arbeitnehmer	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers
Datum 17. MAI 2011 <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> J	Dienstleistungen ohne Grenzen Wilhelm-Pieck-Ring 47 99625 Kölleda Tel.: 03635 454589 Fax: 03635 454590
Unterschrift	
Datum <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> J	
Unterschrift	
Datum <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> J	
Unterschrift	
Datum <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> J	
Unterschrift	
Datum <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> J	
Unterschrift	
Datum <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> J	
Unterschrift	

*) Nach Aufnahme der Tätigkeit **und** im Weiteren jährlich.

A = Belehrung bei Aufnahme der Tätigkeit

J = Jährliche Belehrung (bitte Zutreffendes ankreuzen)