



Landkreis Helmstedt
Gesundheitsamt
Elzweg 19
38350 Helmstedt
Fax-Nr.: 05351/121-1614

Erklärung nach § 43 Abs.1 Nr. 2 Infektionsschutzgesetz

Name, Vorname
geb. am, Geburtsort
Straße / Hausnummer
Postleitzahl / Ort

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.

Datenschutzerklärung gemäß Artikel 13 Europäische Datenschutzgrundverordnung wurde ausgehändigt.

Helmstedt, den

(Unterschrift)

Bei Minderjährigen haben außerdem die Erziehungsberechtigten das ausgehändigte Merkblatt „Belehrung gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz“ zur Kenntnis zu nehmen und die Erklärung zu unterschreiben

Helmstedt, den

X _____
Unterschrift(en) der Erziehungsberechtigten

Vermerke (nur für das Gesundheitsamt)

**Belehrungsgrund: SchP und Minderjährige
Praktikumsplatz:**

Schriftliche Belehrung

Hz.: _____

Mündliche Belehrung

Hz.: _____

Aushändigung der Bescheinigung

Hz.: _____