

Anamnesebogen für die Belehrung gemäß § 43 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz

Name	Vorname	Geboren am
Adresse (Straße Hausnummer, PLZ Ort)		Telefon

Ich wurde über die Datenschutzbestimmungen gemäß Datenschutzgrundverordnung informiert

am:

Unterschrift: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen

	Nein	Ja	unbekannt
1. Fühlen Sie sich derzeit beeinträchtigt durch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Durchfall, Übelkeit, Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fieber, Kopf, Bauch- oder Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schwäche, Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hauterkrankungen, nässende entzündliche Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fieber und anhaltender Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hatten Sie in den letzten 2 Monaten eine oder mehrere der unter Punkt 1 genannten Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Durchfall (3 oder mehrmals am Tag dünnflüssigen bis wässrigen Stuhl) oder Kontakt zu Personen mit Durchfallerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Waren Sie oder jemand in Ihrer unmittelbaren Umgebung innerhalb der letzten 4 Wochen an Typhus/ Paratyphus (schwere Durchfallerkrankung hervorgerufen durch Salmonellen erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Waren Sie oder Mitglieder der häuslichen Gemeinschaft bzw. unmittelbaren Umgebung in den letzten 8 Wochen an Hepatitis (Leberentzündung) erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hatten Sie im letzten halben Jahr intensiven Kontakt zu einem an Tuberkulose (Infektionskrankheit, die vor allem die Lunge befällt) Erkrankten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sind Sie gegen Hepatitis A und/oder B geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Haben Sie sich im letzten halben Jahr im Ausland aufgehalten? Wenn ja, in welchem Land? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erklärung: Ich erkläre hiermit, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß beantwortet habe und dass mir keine Tatsachen für ein Beschäftigungsverbot bekannt sind.

Potsdam, den

Unterschrift: _____