

Anamnesebogen für die Belehrung gemäß § 43 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz

| | | |
|---------|---------|------------|
| Name | Vorname | geboren am |
| Adresse | | |

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

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • 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, d. _____ Unterschrift _____