

Fragebogen zur Belehrung für Beschäftigte im Lebensmittelbereich

Name/Vorname:

geb.:

Wohnanschrift:

Wo beschäftigt:

Beruf

1. Hatten Sie in den letzten vier Wochen Durchfall?

nein ja

Wenn ja verbunden mit

Übelkeit

nein ja

Bauchkrämpfen

nein ja

hohem Fieber

nein ja

blutigem Stuhl

nein ja

2. Hatten Sie in den letzten Wochen hohes Fieber?

nein ja

Falls Sie eine der Fragen 1 und 2 mit ja beantwortet haben;

Wurde eine Stuhluntersuchung durchgeführt?

nein ja

Wenn ja, mit welchem Ergebnis _____

3. Sind Sie Ausscheider eines der folgenden Krankheitserreger?

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Salmonellen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Shigellen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Cholera vibriionen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Enterohämorrhagischen Escherichia coli – Bakterien (EHEC) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

4. Hatten Sie in den letzten zwei Monaten eine der folgenden Krankheitserscheinungen?

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Gelbfärbung der Haut und/oder der Augen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Hellfärbung des Stuhls | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Dunkelfärbung des Urins | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Hatten Sie schon einmal Gelbsucht? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Wenn ja, wann und welche Form? _____

5. Haben Sie offene Wunden oder offene Stellen der Haut?

Wenn ja, wo? _____

Sind diese zur Zeit stark gerötet oder geschwollen,
nässend oder schmierig belegt? nein ja

6. Waren Sie in den letzten beiden Monaten im Ausland?

nein ja

Wenn ja, wo? _____

Waren Sie während des Auslandsaufenthaltes krank? nein ja

Wenn ja, welche Erkrankung bzw. welche Beschwerden hatten Sie?

Datum:

Unterschrift: _____

Unterschrift der Erziehungsberechtigten: _____

**Kreisverwaltung Vulkaneifel
Gesundheitsamt
Berliner Str. 2
54550 Daun**



Erklärung nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 Infektionsschutzgesetz

Name/Vorname:

Geb.:

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.

Ort/Datum:

Unterschrift: _____

Unterschrift der Erziehungsberechtigten: _____