**Fragebogen für Personensorgeberechtigte von unter 16-Jährigen zur Erteilung einer Bescheinigung nach §§ 42, 43 Infektionsschutzgesetz (Gesundheitszeugnis)**

|  |
| --- |
| Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Wohnort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Straße, Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  telefonische Erreichbarkeit bei Rückfragen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Ist Ihr Kind jemals an einer der folgenden Krankheiten erkrankt gewesen?**

Typhus / Paratyphus ❑ nein ❑ ja, Erkrankungsjahr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ansteckende Gelbsucht ❑ nein ❑ ja, Erkrankungsjahr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ist Ihr Kind in den letzten 3 Monaten an einer der folgenden Krankheiten erkrankt gewesen?**

Ruhr ❑ nein ❑ ja, Erkrankungsmonat/-jahr \_\_\_\_\_\_\_

sonstige ansteckende Durchfallerkrankungen ❑ nein ❑ ja, Erkrankungsmonat/-jahr \_\_\_\_\_\_\_

ansteckende (z.B. eitrige) Hauterkrankungen ❑ nein ❑ ja, Erkrankungsmonat/-jahr \_\_\_\_\_\_\_

**Waren Mitglieder Ihrer Wohngemeinschaft in den letzten 12 Monaten an einer der o. g. Krankheiten erkrankt?**

❑ nein ❑ ja, an: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung des Personensorgeberechtigten**

Ich bin mit der Belehrung meines Kindes nach § 43 Infektionsschutzgesetz ohne meine Anwesenheit ein-verstanden. Den Fragebogen habe ich zur Kenntnis genommen und ausgefüllt und bestätige hiermit, dass mir für mein Kind keine Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot bekannt sind.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift Personensorgeberechtigter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Erklärung des Teilnehmers nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

Über die Anforderungen an die persönliche Hygiene sowie die Pflichten beim Auftreten folgender Krank-heitssymptome bei mir wurde ich belehrt: *Durchfall, Leibschmerzen, Erbrechen, Fieber, Gelbsucht, infizier-te Wunden und andere ansteckende Hauterkrankungen, starke Erkältungen mit anhaltendem Husten und/ oder eitrigem Ausfluss aus Nase/Mund.*

Ich erkläre hiermit, dass ich gemäß § 43 des IfSG mündlich und schriftlich belehrt wurde und dass bei mir keine Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot bekannt sind.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift Teilnehmer Belehrung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Einwilligungserklärung zum Datenschutz**

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten meines Kindes vom Gesundheitsamt des Landkreises Havel-land zur Bearbeitung meines Anliegens unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Diese Erklärung kann ich jederzeit ohne rechtliche Nachteile beschrän-ken oder widerrufen. Eine nachträgliche Beschränkung oder ein Widerruf wirken sich dabei nicht für die Vergangenheit, sondern nur für die Zukunft aus. Das Informationsblatt zur Datenverarbeitung hängt im Gesundheitsamt zur Einsichtnahme aus oder kann unter [www.havelland.de/datenschutz](http://www.havelland.de/datenschutz) eingesehen wer-den. Ich werde mich selbstständig über dessen Inhalt informieren. Die Löschung der Daten bestimmt sich nach Art. 17 DSGVO.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift Personensorgeberechtigter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_