



# WERRA-MEISSNER-KREIS DER KREISAUSSCHUSS

Fachbereich 5 Gesundheit, Verbraucherschutz und Veterinärwesen,  
Luisenstraße 23 c, 37269 Eschwege  
☎ 05651 302-25102

## BELEHRUNG GEMÄSS § 43 ABS. 1 NR. 1 INFEKTIONSSCHUTZGESETZ (IfSG)

Sehr geehrte/r Sorgeberechtigte/r,

Jugendliche, die im Lebensmittelbereich tätig sind oder mit Lebensmitteln umgehen (auch Schulpraktikum) dürfen dieses erst dann tun, wenn sie an einer Belehrung nach § 43 IfSG teilgenommen haben.

In dieser Belehrung wird auch das Thema „akute Krankheiten“ angesprochen, bei deren Vorliegen Tätigkeiten im Umgang mit Lebensmitteln verboten sind.

Im Zusammenhang mit der vorgesehenen Tätigkeit bitten wir Sie, die beigefügte Gesundheitsinformation durchzulesen und nachfolgende Erklärung auszufüllen und zu unterschreiben und umgehend **beim Klassenlehrer/in wieder abzugeben!**

### ERKLÄRUNG DER BZW. DES SORGEBERECHTIGTEN (BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN UND DEUTLICH SCHREIBEN)

Ich habe die Gesundheitsinformation gelesen und bescheinige, dass mir keine Tatsachen bei meiner / meinem Tochter/Sohn

Nachname des/der <b>Schülers/in</b>	Vorname	Geburtsdatum

bekannt sind, die die Tätigkeit in einem Betrieb der Lebensmittelbranche nicht zulassen könnten; dazu gehören u.a.

- Durchfälle, d. h. mehr als drei nicht geformte Stuhlgänge evtl. mit krampfartigen Bauchschmerzen oder Fieber
- milchigweiße Durchfälle
- gelbe Augen oder Hautverfärbung
- eine Hauterkrankung oder eine Entzündung am Fingernagel oder Nagelbett.

Sollten Hinderungsgründe nach Aufnahme der Tätigkeit auftreten, verpflichte ich mich, diese dem Arbeitgeber unverzüglich mitzuteilen.

Datum

Unterschrift der bzw. des **Sorgeberechtigten**

Mit der Unterschrift stimme ich zu, dass diese Daten nur zu diesem Zweck an den WMK, FB 5, weitergeleitet werden.

### Erklärung nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 Infektionsschutzgesetz (zur Vorlage beim FB 5 Gesundheit in Eschwege)

Bitte deutlich und in Druckbuchstaben von der Schülerin / des Schülers ausfüllen

Name	Vorname
geb. am	in
Straße	Haus-Nr.
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

Witzenhausen, den

**Unterschrift Schüler/in**

Mit der Unterschrift stimme ich zu, dass meine Daten nur zu diesem Zweck an den WMK, FB 5, weitergeleitet werden.

### **Nicht ausfüllen – wird vom FD 5.1 ausgefüllt:**

Die Belehrung erfolgte am

durch

**Frau Wittich**

Unterschrift FB 5 Gesundheitsamt Frau Süß