LKHN

TÄTIGKEITSVERBOTE

Das Infektionsschutzgesetz bestimmt, dass jemand nicht mit Lebensmitteln in Berührung kommen darf, wenn bei ihr/ihm Krankheitszeichen auftreten, die auf eine der folgenden Erkrankungen hinweisen oder die von einer Ärztin oder einem Arzt festgestellt wurden:

- Akute infektiöse Gastroenteritis (plötzlich auftretender, ansteckender Durchfall) ausgelöst durch Salmonellen, Shigellen, Cholerabakterien, Staphylokokken, Campylobacter, Rotaviren oder andere Durchfallerreger
- Enterohämorrhagische Escherichia coli-Bakterien
- Choleravibrionen
- Typhus oder Paratyphus
- Virushepatitis A oder E (Leberentzündung)
- Sie haben infizierte Wunden oder eine Hautkrankheit, bei denen die Möglichkeit besteht, dass deren Krankheitserreger über Lebensmittel auf andere Menschen übertragen werden können.

Folgende Symptome weisen auf die genannten Erkrankungen hin:

- Durchfall mit mehr als zwei dünnflüssigen Stühlen pro Tag, gegebenenfalls Übelkeit, Erbrechen und Fieber
- Hohes Fieber mit schweren Kopf-, Bauch- oder Gelenkschmerzen und Verstopfung (erst nach Tagen folgt schwerer Durchfall) sind Zeichen für Typhus und Paratyphus.
- Typisch für Cholera sind milchig weiße Durchfälle mit hohem Flüssigkeitsverlust.
- Gelbfärbung der Haut und der Augäpfel mit Schwäche und Appetitlosigkeit weisen auf eine Hepatitis A oder E hin.
- Wunden oder offene Stellen von Hauterkrankungen können infiziert sein, wenn sie gerötet, schmierig belegt, nässend oder geschwollen sind.

Wenn die genannten Krankheitszeichen auftreten, sollte die/der Betroffene den Rat von Haus- oder Betriebsärztin bzw. -arzt in Anspruch nehmen und ihr/ihm mitteilen, dass sie/er mit Lebensmitteln arbeitet. Außerdem ist die/der Betroffene verpflichtet, unverzüglich seinen Vorgesetzen darüber zu informieren, dass sie/er für die Dauer seiner Erkrankung nicht mit Lebensmitteln umgehen darf.
Zuwiderhandlungen werden als Ordnungswidrigkeit oder strafbare Handlung verfolgt.

Bitte senden Sie die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Erklärung rechtzeitig vor dem

Belehrungstermin an ifsg@tzg.online !

LKHN

Erklärung nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 Infektionsschutzgesetz

(Daten des Kindes)

☐ Frau ☐ Herr ☐ divers

Vorname / Nachname:

_____

geboren am:

_____

Straße / Hausnummer

_____

Postleitzahl / Ort

_____

(Bestätigung des Erziehungsberechtigten)

Ich erkläre hiermit für mein oben aufgeführtes nicht voll geschäftsfähiges Kind, dass mir bei ihm keine Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot bekannt sind und die angegeben Daten zur Durchführung und Abwicklung der Gesundheitsbelehrung nach § 42 und § 43 Infektionsschutzgesetz an das zuständige Gesundheitsamt übermittelt werden dürfen.

Ort / Datum: Unterschrift des Erziehungsberechtigten:

_____ _____