

---

Name, Vorname der / des Sorgeberechtigten

---

Datum

## Erklärung zur Belehrung nach § 43 IfSG

### Angaben zur geschäftsunfähigen bzw. beschränkt geschäftsfähigen Person:

Name	Vorname	geb. am
Anschrift		

An der Belehrung der oben genannten geschäftsunfähigen bzw. beschränkt geschäftsfähigen Person im Gesundheitsamt können wir nicht teilnehmen.

Die schriftliche Belehrung habe/n ich/wir jedoch erhalten und aufmerksam durchgelesen.

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass Hinderungsgründe nach § 42 Abs. 1 IfSG (u.a. Durchfall oder Erbrechen) bei der genannten Person nicht vorliegen. Sollten Hinderungsgründe nach Aufnahme der Tätigkeiten auftreten, verpflichte/n ich/wir mich/uns, diese dem Arbeitgeber/Dienstherrn bzw. der Schule/dem Praktikumsbetrieb unverzüglich mitzuteilen, damit dieser sofort die zur Verhinderung der Weiterverbreitung der Krankheitserreger erforderlichen Maßnahmen treffen kann.

Bitte vollständig ausfüllen!

---

Unterschrift der / des Sorgeberechtigten