



KREIS STEINFURT

DER LANDRAT

Gesundheitsamt
Dienststelle Lengerich
Stettinerstr. 25
49525 Lengerich
Tel. 05481/9413-29

Bescheinigung nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Sehr geehrte Eltern und Sorgeberechtigte,

Ihre Tochter/Ihr Sohn hat sich hier für eine gebührenpflichtige Belehrung gem. § 43 Infektionsschutzgesetz für eine Tätigkeit im Lebensmittelbereich angemeldet.

Nach dem **seit dem 01.01.2001 gültigen Infektionsschutzgesetz** ist diese Belehrung/Unterrichtung und die entsprechende Bescheinigung nach § 43 vor erstmaliger Aufnahme einer Tätigkeit im Lebensmittelbereich erforderlich.

Da Ihre Tochter/Ihr Sohn das 18. Lebensjahr noch nicht erreicht hat, möchte ich Sie bitten, anstelle Ihres Kindes **die anliegende Erklärung zu unterschreiben und sie Ihrer Tochter/Ihrem Sohn zum Termin der mündlichen Belehrung/Unterrichtung im Gesundheitsamt mitzugeben.**

Zu Ihrer Information: **Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot im Lebensmittelbereich sind:**

1. Akute, infektiöse Gastroenteritis (plötzlich auftretender, ansteckender Durchfall, ausgelöst durch Salmonellen, Shigellen, Cholerabakterien, Staphylokokken, Campylobacter, Rotaviren oder andere Durchfallerreger. **Symptom:** Durchfall mit mehr als zwei dünnflüssigen Stühlen pro Tag ggfls. mit Übelkeit, Erbrechen und Fieber).
2. Erkrankung an Typhus oder Paratyphus.
3. Virusbedingte Leberentzündung vom Typ A oder als importierte Infektion nach Fernreisen (Afrika, Asien) vom Typ E (**Leitsymptom:** Gelbfärbung der Haut und Augäpfel mit Schwäche und Appetitlosigkeit).
4. Infizierte Wunden oder Hautkrankheiten bei denen die Möglichkeit besteht, dass Krankheitserreger über Lebensmittel auf andere Menschen übertragen werden können (**Hauptsymptom:** Wunden oder offene Stellen der Haut, die gerötet, schmierig belegt, nässend oder geschwollen sind).

Ihre Tochter/Ihr Sohn wird im Rahmen der Belehrung/Unterrichtung im Gesundheitsamt weiteres, schriftliches Informationsmaterial erhalten.

Die Gebühr für die Belehrung/Unterrichtung beträgt 20,00 € (per Gebührenbescheid). Diese wird Ihnen abschließend in Rechnung gestellt.

Freundliche Grüße
Ihr Gesundheitsamt

Anlage I

Dieses Formular spätestens 4 Wochen vor Praktikumsbeginn bei Herrn Spratte abgeben.

**Erklärung des/der Sorgeberechtigten, des Betreuers/der Betreuerin nach §
43 Abs. 1 Nr. 2 Infektionsschutzgesetz**

Name, Vorname
Geburtsdatum
Straße/Hausnummer
PLZ/Ort

Ich erkläre hiermit, dass mir bei der/dem genannten Person/Tochter/Sohn keine Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot hinsichtlich des gewerbsmäßigen Umgangs mit Lebensmitteln bekannt sind.

Datum / Unterschrift des/der Sorgeberechtigten, des Betreuers/der Betreuerin

Datum / Unterschrift der/des zu Belehrenden

Schule: Graf-Adolf-Gymnasium Tecklenburg