

 **Freiwillige Angaben zur Person:**

- Name: _____
- Klasse: _____
- Ausbildungsbetrieb: _____

Berufsschule für die Berufsfelder
Elektro-, Fahrzeug-, Metalltechnik
Berufseinstiegsschule
Berufsfachschule (BFS) dual
Fachoberschule
Berufliches Gymnasium

Verdacht oder Nachweis folgender Krankheit gem. § 6 IfSG und § 34 IfSG:

<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Botulismus • <input type="checkbox"/> Brucellose • <input type="checkbox"/> Cholera • <input type="checkbox"/> COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2) • <input type="checkbox"/> Diphtherie • <input type="checkbox"/> Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS) • <input type="checkbox"/> Hepatitis A • <input type="checkbox"/> Hepatitis B • <input type="checkbox"/> Hepatitis C • <input type="checkbox"/> Hepatitis D • <input type="checkbox"/> EHEC (enterohämorrhagische E. coli) • <input type="checkbox"/> Impetigo Contagiosa (ansteckende Borkenflechte) • <input type="checkbox"/> Influenza (echte Grippe) • <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis) • <input type="checkbox"/> Krätze (Scabies) • <input type="checkbox"/> Läusebefall (bei wiederholtem Auftreten) • <input type="checkbox"/> Listeriose • <input type="checkbox"/> Masern • <input type="checkbox"/> Meningokokken-Infektion (bakterielle Hirnhautentzündung) 	<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Milzbrand (Anthrax) • <input type="checkbox"/> MRSA (mit offenen/nässenden Wunden) • <input type="checkbox"/> Mumps • <input type="checkbox"/> Norovirus / Rotavirus (mit Erbrechen oder Durchfall) • <input type="checkbox"/> Pest • <input type="checkbox"/> Poliomyelitis (Kinderlähmung) • <input type="checkbox"/> Röteln • <input type="checkbox"/> Ringelröteln (relevant bei Schwangeren im Umfeld) • <input type="checkbox"/> Salmonellose (schwerer Verlauf / Häufung) • <input type="checkbox"/> Scharlach / Streptokokken-Angina • <input type="checkbox"/> Shigellose • <input type="checkbox"/> Typhus abdominalis / Paratyphus • <input type="checkbox"/> Tollwut (auch nach Tierbiss) • <input type="checkbox"/> Trichinellose • <input type="checkbox"/> Tuberkulose (ansteckungsfähig) • <input type="checkbox"/> Windpocken (Varizellen)
--	---

Andere relevante Erkrankung:

- _____ (bitte eintragen)

 **Behandelnder Arzt**

- Name: _____
- Anschrift: _____
- Erreichbarkeit: _____

 **Im Lebensmittelbereich tätig gewesen (z. B. Schulkochen, Backen für die Klasse)**

- Nein
- Ja Wo: _____

 **Tag des ersten Auftretens der Symptome (Durchfall, Erbrechen, Fieber, Gelbfärbung der Haut und der Augäpfel, nässend bzw. geschwollene Hauterkrankungen oder Wunden):**

 **Aufenthaltsorte mit Symptomen (z. B. Schule, Betrieb, Zuhause, bei Freunden):**

Das Dokument ist ausgefüllt an info@buessing.schule zu übersenden.