

An:

Gesundheitsamt (Landkreis/Stadt der Einrichtung),

nachrichtlich: Gesundheitsamt (Landkreis/Stadt des Wohnortes des Beschäftigten) - falls abweichend

per Mail (Formular mit Unterschrift) oder per Fax

Mitteilung über die Ausübung der außerhäuslichen beruflichen Tätigkeit während der Absonderung
gem. Ziffer 5.3 der Allgemeinverfügung zum Vollzug des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)
Absonderung von Verdachtspersonen und von positiv auf das Coronavirus getesteten Personen

Zur Aufrechterhaltung der Pflege, Betreuung oder der medizinischen Versorgung ist - nach Ausschöpfung aller organisatorischen Möglichkeiten - die Ausübung der beruflichen Tätigkeit während der Absonderung erforderlich für folgende asymptomatische positiv getestete Person:

| | | | | |
|--------------------------------------|----------------------|--|----------------------|--|
| Name: | <input type="text"/> | Vorname: | <input type="text"/> | |
| Geburtsdatum: (tt.mm.jjjj) | <input type="text"/> | wohnhafte im Landkreis/ krsfr. Stadt: | <input type="text"/> | |
| | | Symptomfreiheit: (ja/nein) | <input type="text"/> | |
| Zeitraum: | von: | <input type="text"/> | bis: | <input type="text"/> |
| | | (Beginn der Tätigkeit während der Absonderung; tt.mm.jj) | | (voraussichtliches Ende der Tätigkeit während der Absonderung; tt.mm.jj) |

tätig in:

| | | | |
|--|----------------------|--|----------------------|
| Einrichtung/ Unternehmen: (Name) | <input type="text"/> | | |
| Anschrift: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | (PLZ) | (Ort) | (Straße) (Nr.) |
| Telefon*: | <input type="text"/> | Name, Vorname, Funktion der verantwortlichen Person*: | <input type="text"/> |
| E-Mail*: | <input type="text"/> | | |

* Kontaktperson für evtl. Nachfragen des Gesundheitsamtes

Die o.g. Person wird ausschließlich zur Versorgung von an COVID-19 erkrankten Personen unter Tragen einer FFP2-Maske und unter Einhaltung der Hygienemaßnahmen tätig.

| | |
|----------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| (Ort, Datum) | (Unterschrift der verantwortlichen Person) |

Die o.g. Person bestätigt, dass sie

- 1.) keine Symptome aufweist, die auf eine Erkrankung an COVID-19 schließen lassen,
- 2.) für den Weg von und zur Arbeit keine öffentlichen Verkehrsmittel nutzt,
- 3.) physische Kontakte zu bisher negativ getesteten Bewohnern/Patienten/Betreuten sowie zu negativ getestetem Personal ausschließt sowie Hygienemaßnahmen sorgfältig einhält und bei der Tätigkeit eine FFP2-Maske trägt,
- 4.) Kenntnis darüber hat, dass die Unterbrechung der Absonderung ausschließlich für die Ausübung der beruflichen Tätigkeit gilt und ansonsten die Absonderung Bestand hat.

Hinweis: Sollten während der Absonderung Covid-19-typische Symptome auftreten, ist die berufliche Tätigkeit außerhalb des häuslichen Absonderungsbereichs umgehend einzustellen. Die Regelungen der Allgemeinverfügung des Landkreises/der kreisfreien Stadt zur Absonderung sind zu beachten.

| | |
|----------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| (Ort, Datum) | (Unterschrift der/des o. g. Beschäftigten) |