



**KREIS
STEINFURT
DER LANDRAT**

**Gesundheitsamt
Tecklenburger Str. 10
48565 Steinfurt
Tel. 02551 69-2800**

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, unterschreiben Sie bitte **die anliegende Erklärung und geben sie Ihrer Tochter / Ihrem Sohn zum Termin der mündlichen Belehrung / Unterrichtung im Gesundheitsamt / in der Schule mit.**

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. **Symptome:** Durchfall mit mehr als zwei dünnflüssigen Stühlen pro Tag ggf. 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).

Freundliche Grüße

Ihr Gesundheitsamt

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

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

Datum, Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

Datum, Unterschrift der/des zu Belehrenden