

An:  
Gesundheitsamt per Mail oder Fax

**Anzeige über die Ausübung der außerhäuslichen beruflichen Tätigkeit während der Absonderung**  
als positiv auf das Coronavirus getesteten Person

NICHT FÜR DIE MEDIZINISCHE/PFLGERISCHE/BETREUENDE TÄTIGKEIT

Zur Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebs in folgendem Unternehmen der kritischen Infrastruktur oder Behörde ist die Ausübung der beruflichen Tätigkeit außerhalb des häuslichen Absonderungsbereiches während der Absonderung erforderlich für folgende **asymptomatische** positiv getestete Person:

<b>Name:</b>	<input type="text"/>	<b>Vorname:</b>	<input type="text"/>	
<b>Geburtsdatum:</b> (tt.mm.jjjj)	<input type="text"/>	<b>Stand der Immunisierung:</b> Abfrage zu vorangegangenen Impfungen oder Infektionen	<input type="text"/>	
<b>Symptomfreiheit:</b>			<input type="text"/> (ja/nein)	
<b>Zeitraum:</b>	<b>von:</b>	<input type="text"/> (Beginn der Tätigkeit während der Absonderung; tt.mm.ii)	<b>bis:</b>	<input type="text"/> (voraussichtliches Ende der Tätigkeit während der Absonderung; tt.mm.jj)

<b>Tätigkeit:</b>	<input type="text"/>			
<b>Behörde/ Unternehmen:</b> (Name)	<input type="text"/>			
<b>Branche</b> (siehe Liste des Bundes):	<input type="text"/>			
<b>Name der verantwortlichen Person:</b>	<input type="text"/>	<b>Telefon:</b>	<input type="text"/>	
<b>E-Mail:</b>	<input type="text"/>			
<b>Anschrift:</b>	<input type="text"/> (PLZ)	<input type="text"/> (Ort)	<input type="text"/> (Straße)	<input type="text"/> (Nr.)

Alle anderweitigen organisatorischen und technischen Möglichkeiten zur Ersetzung der Arbeitskraft der o.g. Person wurden ausgeschöpft. Die o.g. Person wird ausschließlich zum Erhalt des zwingend notwendigen Erhalts des Geschäftsbetriebs tätig. Sie hält alle notwendigen Hygienemaßnahmen ein: Tragen einer FFP2-Maske, Ausschluss physischer Kontakte zu Arbeitgebern, Beschäftigten und Dritten (kein gemeinsamer Aufenthalt in der Arbeitsstätte) und sofortige Beendigung der Tätigkeit bei Auftreten von Symptomen, die auf eine Erkrankung mit COVID-19 schließen lassen.

Mir ist bekannt, dass das zuständige Gesundheitsamt das Widerrufsrecht zur angezeigten Tätigkeitsaufnahme hat.

(Ort, Datum)

(Name, Vorname, Funktion der meldenden Person aus o.g. Unternehmen/Behörde)

(Unterschrift)

An:  
Gesundheitsamt per Mail oder Fax

**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 Arbeitgebern, Beschäftigten und Dritten ausschließt, 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 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 Absonderungsbereiches umgehend einzustellen. Es sind die Regeln der Allgemeinverfügung zur Absonderung von Verdachtspersonen und von positiv auf das Coronavirus getesteten Personen des jeweiligen Landkreises bzw. der jeweiligen kreisfreien Stadt zu beachten.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der o. g. Person)