



BARMHERZIGE BRÜDER
Reichenbach

Formblatt für externe Beschäftigte in der Werkstätte oder in den Förderstätten

Name der/des Beschäftigten: _____

Anschrift: _____

WfbM/Förderstätte: _____

ggf. Angehörige*r/gesetzliche*r Betreuer*in: _____

Anschrift: _____

Ggf. Bemerkungen: _____

Ich erkläre/wir erklären,

- dass an Tagen, an denen ich, bzw. mein Angehöriger/Betreuer in der Werkstätte oder Förderstätte beschäftigt ist, eine Überprüfung des Gesundheitszustandes durchgeführt wird.
Liegen bei mir, bzw. bei meinem Angehörigen/Betreuten coronaspezifische Krankheitszeichen vor, ist eine Beschäftigung nicht möglich.
Coronaspezifische Krankheitssymptome sind insbesondere:
Geruchs-/Geschmacksstörungen, Fieber, trockener Husten, Halsschmerzen, Übelkeit/Erbrechen/Durchfall, Atemprobleme, allg. Schwäche...
- dass an Tagen, an denen ich, bzw. mein Angehöriger/Betreuer in der Werkstätte oder Förderstätte beschäftigt bin/ist, eine Fiebermessung durchgeführt wird. Liegt eine Körpertemperatur über 37,8° vor, ist eine Beschäftigung nicht möglich.

Die Überprüfung des Gesundheitszustandes und die Messung der Fiebertemperatur müssen erfolgen, bevor in das Fahrdienst-Fahrzeug eingestiegen wird.

Ich wurde/wir wurden darüber informiert

- dass eine Beschäftigung nicht möglich ist, wenn ich, bzw. mein Angehöriger/Betreuer in den letzten 14 Tagen in Kontakt zu einer COVID-19 infizierten Person stand
- dass eine Beschäftigung nicht möglich ist, wenn ich, bzw. mein Angehöriger/Betreuer einer Quarantänemaßnahme unterliege/unterliegt
- dass eine Beschäftigung nicht möglich ist, wenn ich, bzw. mein Angehöriger/Betreuer sich in den letzten 14 Tagen in einem vom Robert-Koch-Institut (RKI) ausgewiesenen Risikogebiet aufgehalten hat.

Die Einrichtung wird umgehend informiert, falls außerhalb der Beschäftigungszeit

- Symptome auftreten sollten
- wir erfahren sollten, dass Kontakt zu einer infizierten Person bestand
- ein positives Testergebnis bei der/dem Beschäftigten vorliegen sollte

Ort, Datum

Unterschrift Beschäftigte/r

ggf. Unterschrift gesetzlicher Vertreter/Angehöriger