

-K-U-N-D-E-N-B-E-L-E-G-

LANDRATSAMT Gotha
18.-Maerz-Str. 50
99867 Gotha
03621/2140

Gesundheitsamt Gotha
für Beratung & Belehrung
nach Paragraf 43
Abs. 1 Nr. 1 IfSG

Terminal-ID : 54076811
TA-Nr 000738 BNr 0021

Kartenzahlung
DKB Visa Debit

EUR 46,00

PAN #####3001
Karte 0
EMV-AID A00000000031010
VU-Nr 804030581
AIDPara 0100000002
Genehmigungs-Nr 313184
Datum 06.10.22 17:24 Uhr
EMV-Daten
0080048000/E800/00100000
00/DC4004F800/DC4000A800
/420300///97BBE248/40

Zahlung erfolgt

=====
AS-Proc-Code = 00 055
00
Capt.-Ref. = 0002
AID59: 279389
=====

BITTE BELEG AUFBEWAHREN

Name	Tenz
Vorname	Holger
Geburtsdatum	17.09.1968
Anschrift	Kirchstraße 32 99897 Tambach-Dietzharz/Thür. Wald
Tätigkeit	
Ausstellungsdatum	06.10.2022
Gesundheitsamt	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Landratsamt Gotha Gesundheitsamt </div>

2

**Bescheinigung des Gesundheitsamtes / beauftragten Arztes
nach § 43 Abs. 1 Nr.1 Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

Hiermit wird bescheinigt, dass Frau/Herr

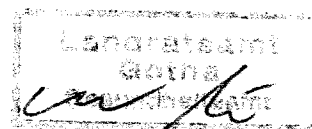
Name, Vorname

Tenz, Holger

mündlich und schriftlich über die in § 42 Abs. 1 IfSG genannten Tätigkeitsverbote und die Verpflichtungen nach § 43 Absätze 2, 4 und 5 IfSG belehrt worden ist.

Datum

06.10.2022



Unterschrift i. A. d. Amtsarztes

Diese Bescheinigung darf am ersten Arbeitstag nicht älter als drei Monate sein.

Erklärung

Im Anschluss an vorstehende Belehrung erkläre ich, dass ich gemäß § 43 Abs. 1 IfSG mündlich und schriftlich aufgeklärt wurde und dass bei mir keine Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot bekannt sind. Treten nach Aufnahme der Tätigkeit Hinderungsgründe nach § 42 Abs. 1 IfSG auf, bin ich verpflichtet, nach § 43 Abs. 2 IfSG diese unverzüglich meinem Arbeitgeber oder Dienstherrn mitzuteilen.

Datum

06.10.2022

Unterschrift Belehrte/r

3

Name	Tenz
Vorname	Christina
Geburtsdatum	02.06.1969
Anschrift	Kirchstraße 32 99897 Tambach-Dietzharz/Thür. Wald
Tätigkeit	
Ausstellungsdatum	06.10.2022
Gesundheitsamt	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Landratsamt Gotha Gesundheitsamt </div>

2

**Bescheinigung des Gesundheitsamtes / beauftragten Arztes
nach § 43 Abs. 1 Nr.1 Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

Hiermit wird bescheinigt, dass Frau/Herr

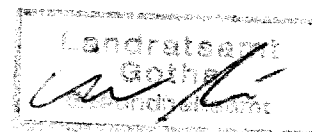
Name, Vorname

Tenz, Christina

mündlich und schriftlich über die in § 42 Abs. 1 IfSG genannten Tätigkeitsverbote und die Verpflichtungen nach § 43 Absätze 2, 4 und 5 IfSG belehrt worden ist.

Datum

06.10.2022



Unterschrift i. A. d. Amtsarztes

Diese Bescheinigung darf am ersten Arbeitstag nicht älter als drei Monate sein.

Erklärung

Im Anschluss an vorstehende Belehrung erkläre ich, dass ich gemäß § 43 Abs. 1 IfSG mündlich und schriftlich aufgeklärt wurde und dass bei mir keine Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot bekannt sind. Treten nach Aufnahme der Tätigkeit Hinderungsgründe nach § 42 Abs. 1 IfSG auf, bin ich verpflichtet, nach § 43 Abs. 2 IfSG diese unverzüglich meinem Arbeitgeber oder Dienstherrn mitzuteilen.

Datum

06.10.2022

Unterschrift Belehrte/r

2