

## Erklärung zur Vorlage beim Gesundheitsamt zwecks Quarantäne- aufhebung nach Covid-19 Erkrankung

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

GA-Nummer \_\_\_\_\_

### 1. Von Patienten mit Krankenhausaufenthalt auszufüllen:

Ich war von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ stationär im Krankenhaus.

### 2. Von allen Patienten auszufüllen (beide Voraussetzungen müssen vorliegen und sind durch Ankreuzen zu bestätigen):

Der Beginn meiner Erkrankung (falls nicht sicher abgrenzbar: das Datum meines Covid-19-Abstriches) liegt mindestens 10 Tage zurück und ich bin seit mindestens 48 Stunden frei von allen Covid-19-Krankheitssymptomen (Nachweis s. Tagebuch und Quarantäneanordnung). Es stehen keine Abstrichergebnisse mehr aus.

Ich habe am \_\_\_\_\_ Rücksprache mit meinem Hausarzt/Arzt

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

gehalten und dieser hat die Aufhebung der Quarantäne befürwortet.

### 3. Nur für Personal im medizinischen oder pflegerischen Bereich:

Ich bin beschäftigt im medizinischen oder pflegerischen Bereich. Die Wiederaufnahme meiner Arbeitstätigkeit geschieht in Absprache mit meinem Arbeitgeber unter Beachtung der Vorgaben des Robert-Koch-Institutes (RKI).

Datum

Unterschrift

**Es werden nur vollständig ausgefüllte Erklärungen akzeptiert.**

Bitte direkt per Fax 07571/102 6499 oder per E-Mail [QuarantaeneEnde@lrasiq.de](mailto:QuarantaeneEnde@lrasiq.de) an das Gesundheitsamt senden!