



Bescheinigung des Gesundheitsamtes nach § 43 Abs. 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Herr	
Vorname, Name Jan, Wittmer	Geburtsdatum 18.08.1980
Straße, Hausnummer Dessauerstraße 20	Postleitzahl, Wohnort 30161 Hannover

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

Diese Bescheinigung darf am ersten Arbeitstag nicht älter als drei Monate sein. Bitte geben Sie diese Bescheinigung spätestens dann bei Ihrer Arbeitsstelle ab. Ihr Arbeitgeber muss nach Aufnahme der Tätigkeit und im Weiteren alle zwei Jahre eine Belehrung mit Ihnen durchführen. Diese Belehrungen können in der Tabelle auf der Rückseite dieses Schreibens eingetragen werden.

Hannover, den 02.05.2025

Ort, Datum

Bitte beachten:

Gemäß § 43 Abs. 4 IfSG hat eine Belehrung des Arbeitgebers zum einen:

B= zusätzlich nach Aufnahme der Tätigkeit durch den beschäftigenden Betrieb zu erfolgen.

F= eine Folgebelehrung durch den Arbeitgeber (alle 2 Jahre) zu erfolgen.

Im Auftrag

Bescheinigende Stelle Region Hannover Hildesheimer Straße 20 30169 Hannover (Die Bescheinigung ist elektronisch erstellt und auch ohne Unterschrift gültig)

QR-Code



Hier finden Sie außerdem den Link und den QR-Code, um den
Zertifikats-Prüfer aufzurufen: <https://checker.ifsb.cp.niedersachsen.de/>

Bescheinigung des Arbeitgebers über eine Belehrung nach § 43 Abs. 4 Infektionsschutzgesetzes (IfSG) für:



Region Hannover

Herr 	
Vorname, Name Jan, Wittmer	Geburtsdatum 18.08.1980
Straße, Hausnummer Dessauerstraße 20	Postleitzahl, Wohnort 30161 Hannover

Zutreffendes bitte ankreuzen: *B = Belehrung bei Aufnahme der Tätigkeit*
 F = Folgebelehrung (alle 2 Jahre)

Datum, Art der Belehrung	Unterschrift Arbeitgeber (inkl. Stempel)
Unterschrift Arbeitnehmer	

Datum: 	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> F	
Unterschrift:			

Datum: 	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> F	
Unterschrift:			

Datum: 	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> F	
Unterschrift:			

Datum: 	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> F	
Unterschrift:			

Datum: 	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> F	
Unterschrift:			

Datum: 	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> F	
Unterschrift:			

Datum: 	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> F	
Unterschrift:			

©FJD Information Technologies AG – Stand: April 2024
Bescheinigung über die Teilnahme an der Infektionsschutzbelehrung Seite 2/2

Dieses Dokument ist beim Arbeitgeber jederzeit verfügbar aufzubewahren