

(Dieses Formular bitte ausgefüllt zurück an)

Kreisverwaltung Cochem-Zell
Abteilung Gesundheitsamt/Labor
Endertplatz 2

56812 Cochem

Einverständniserklärung

**zur Belehrung gem. § 43 des Infektionsschutzgesetz (IfSG) im Falle der
Geschäftsunfähigkeit oder der beschränkten Geschäftsfähigkeit**

ausgestellt von.....
(Name eines Erziehungsberechtigten)

geb. am.....

Ich bin damit einverstanden, dass unser Kind

Name, Vorname

geboren am

(wohnhaft in)

Die Belehrungsunterlagen bzgl. des § 43 Abs. 1 Nr. 1 IfSG habe ich zur Kenntnis genommen.

Unser Kind besitzt bereits die notwendige psychische und geistige Reife, den dargelegten Sachverhalt zu erkennen und zu befolgen.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)