

(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 der Betreuerin/des Betreuers)

geb. am.....

**Ich bin damit einverstanden, dass die von mir zu betreuende Person**

-----  
Name, Vorname

geboren am

-----  
(wohnhaft in)

**gem. § 43 des IfSG belehrt wird.**

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

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)