

Checkliste für Externe / Checklist for externals

Name: _____ Datum: _____

Anlass des Besuchs: _____

Ein Besuch in der Produktion ist geplant: Ja Nein

Wenn **ja**, bitte folgendes ausfüllen (Tankzugfahrer bitte generell ausfüllen):

Meldepflichtige Krankheiten

Krankheiten und Symptome von Krankheiten, deren Keime oder Viren auf Lebensmittel übertragen werden können, sind anzuzeigen. Ein Betreten der Lebensmittel-Produktionsanlagen ist unter den folgenden Umständen nicht zulässig:

- Sichtbare infizierte Wunden/ Hautkrankheiten
- Fieber / fiebrige Halsentzündung
- Durchfall/ Erbrechen
- Krankhafter Nasen-, Ohren-, Augenausfluss

Gemäß Infektionsschutzgesetz sind sowohl der Krankheitsverdacht als auch die Erkrankung an folgenden Krankheiten zu melden:

- Cholera
- Virushepatitis A oder E (Gelbsucht)
- Typhus abdominalis
- Paratyphus
- Shigellenruhr
- Salmonellose
- andere infektiöse Gastroenteritis (Magen-Darminfektionen)

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich weder Träger noch Ausscheider meldepflichtiger Krankheitserreger bin und keine infizierten Wunden sowie keine Hautkrankheiten habe. Ich hatte in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu erkrankten Personen und werde mich bei BASF Personal Care and Nutrition GmbH, Standort Illertissen melden, sollten in den nächsten 14 Tagen Symptome oder Erkrankungen auftreten.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Name: _____ Date: _____

Reason for the visit: _____

A visit in production plant is planned: Yes No

If **yes**, please fill in the following (truck/tanker drivers have to fill in generally):

Notifiable diseases

Diseases and symptoms of diseases whose microorganisms can be transferred to/by food have to be notified. In this case, entry into production areas is not allowed:

- visible infectious wounds or skin diseases
- fever / sore throat with fever
- diarrhoea/ vomiting
- discharges from the ear, eye or nose

According to the German Infection Protection Act anyone suffering from or suspected to be suffering from or who has been in contact with anyone suffering from any of the following must be excluded from food production areas:

- Cholera
- Hepatitis A or E (jaundice)
- Abdominal typhus
- Paratyphoid
- Dysentery of Shigella
- Salmonellosis
- Any other infectious gastroenteritis

With my signature I confirm that I am neither a sufferer nor a carrier of any of the above nor have I been in contact with any such person in the last 14 days. I confirm to inform BASF Personal Care and Nutrition GmbH, Site Illertissen, if above mentioned diseases and symptoms of diseases occur within the next 14 days.

Date: _____ Signature: _____