

GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH		
Formular „Anzeige Aufenthalt in einem COVID-19 Risikogebiet“ (Anlage 1)		
Bezug	GLG/V-06/2020 Version 1 Anzeigepflicht nach Aufenthalt in einem Risikogebiet	

Per Email an

- die Verwaltungsdirektion UND
- die Personalabteilung: personal@glg-mbh.de

Titel, Vorname, Name des Mitarbeiters	
Geburtsdatum	
Einrichtung (zutreffendes ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> GLG mbH (petra.leiste@glg-mbh.de)	<input type="checkbox"/> Klinikum Barnim GmbH, Werner Forßmann Krankenhaus (verwaltungsdirektion@klinikum-barnim.de)
<input type="checkbox"/> GZG Gesundheitszentrum Verwaltungs GmbH Eberswalde (verwaltungsdirektiongzg@glg-mbh.de)	<input type="checkbox"/> Martin Gropius Krankenhaus GmbH (verwaltung@mgkh.de)
<input type="checkbox"/> MEG Medizinische Einrichtungen GmbH (meg@klinikum-barnim.de)	<input type="checkbox"/> MSZ Uckermark gGmbH, Krankenhaus Angermünde (peggy.meier@krankenhaus-angermuende.de)
<input type="checkbox"/> GLG - Ambulante Pflege & Service GmbH (ambulantepflege@glg-mbh.de)	<input type="checkbox"/> MSZ Uckermark gGmbH, Kreiskrankenhaus Prenzlau (ramona.diedrich@krankenhaus-prenzlau.de)
<input type="checkbox"/> REHAZENT Ambulante Rehabilitation Eberswalde GmbH (rehazent@klinikum-barnim.de)	<input type="checkbox"/> GLG Fachklinik Wolletzsee GmbH (heike.reichstein@glg-fachklinik-wolletzsee.de)
<input type="checkbox"/> MVZ Prenzlau GmbH (meg@klinikum-barnim.de)	<input type="checkbox"/> WPG Wolletzer Patientenservice GmbH (verwaltungsdirektiongzg@glg-mbh.de)

1. Ich zeige an, dass ich (zutreffendes ankreuzen)
 - mich im Zeitraum der letzten 14 Tage in einem Risikogebiet aufgehalten habe

2. Ich erkläre weiterhin, (zutreffendes ankreuzen)
 - dass ich mich auf Grund der Angaben zu 1. aktuell in Absonderung (Quarantäne) befinde und den Anweisungen der zuständigen Stelle Folge zu leisten habe oder
 - dass ich der zuständigen Stelle gemäß §2 Abs. 2 der Verordnung zu Quarantänemaßnahmen für Ein- und Rückreisende zur Bekämpfung des SARS-CoV-2-Virus und COVID-19 in Brandenburg nachweisen konnte, dass eine Absonderung nicht notwendig ist und ich somit meinen Dienst uneingeschränkt antreten kann. Den entsprechenden Nachweis der zuständigen Stelle lege ich diesem Formular bei.

3. Falls eine Absonderung (Quarantäne) besteht, bitte zutreffendes ankreuzen:
 - Die Maßnahme meiner Quarantäne (Absonderung) gilt bis voraussichtlich _____
 - Mir ist nicht bekannt, wie lange die Maßnahme meiner Quarantäne andauert. Sofern mir ein Endtermin bekannt wird informiere ich unverzüglich meinen Dienstvorgesetzten.

Ort, Datum _____

Das Formular ist ohne Unterschrift gültig.

Gezeichnet Mitarbeiter (Name in Druckschrift) _____