

Wismarer Werkstätten GmbH

Gemeinnützige Einrichtung
für Menschen mit Behinderung

Selbsterklärung für Mitarbeiter*innen und Teilnehmer*innen der WfbM zur Fortsetzung der Tätigkeit in der Werkstatt

gültig ab 16.12.2020

Angaben zur Person:	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	

Bitte ankreuzen!

Unterbringung:	<input type="checkbox"/> in der Häuslichkeit	<input type="checkbox"/> in einer besonderen Wohnform
hat derzeit Husten, Schnupfen oder Fieber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ist positiv auf SARS-CoV-2 getestet worden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
gehört einer Risikogruppe an (Ein ärztlicher Nachweis ist nicht notwendig!) <input type="checkbox"/> 60 Jahre oder älter <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Atmungssystems <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Leber und der Niere <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen <input type="checkbox"/> unterdrücktes Immunsystem (z. B. aufgrund einer Erkrankung, die mit einer Immunschwäche einhergeht oder wegen Einnahme von Medikamenten, die die Immunabwehr unterdrücken, wie z. B. Cortison)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich möchte in der Werkstatt tätig sein.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin über das erhöhte Infektionsrisiko durch die Teilhabe am Arbeitsleben in der Werkstatt aufgeklärt worden und bin mit der Fortsetzung meiner Tätigkeit in der Werkstatt einverstanden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bei schwierigen medizinischen Indikationen oder großer Verunsicherung besteht die Möglichkeit, vor der Fortsetzung der Tätigkeit nach Rücksprache mit den Mitarbeitern des Sozialen Dienstes einen Untersuchungs- und Beratungstermin bei der Betriebsärztin zu vereinbaren.

Eine Zuweisung des Arbeitsplatzes erfolgt durch die Werkstattleitung nach den „Empfehlungen für den Zugang zu Werkstätten für behinderte Menschen“. Dabei müssen zwingend die Regelungen des Schutzkonzeptes eingehalten werden.

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter*in

Ort, Datum

Unterschrift gesetzl. best. Betreuer*in