

**Formular zur Gesundheitsbestätigung
für die Kindertagesförderung unter Pandemiebedingungen
– am ersten Tag der Förderung nach dem 12.04.2021 abzugeben –**

Stand: 08.04.2021

Name der Kindertageseinrichtung oder der Kindertagespflegeperson
Anschrift der Kindertageseinrichtung oder der Kindertagespflegestelle (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
Vorname und Name des Kindes
Geburtsdatum des Kindes

Erklärung zum Gesundheitszustand meines Kindes

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass das oben genannte Kind

1. keine der folgenden COVID-19-Symptomatik aufweist:
 - Husten (nicht durch chronische Erkrankung verursacht)
 - Halsschmerzen
 - Schnupfen (nicht durch Heuschnupfen oder Allergie verursacht)
 - Fieber ($\geq 38,5$ °C bei Kleinkindern, ≥ 38 °C bei Hortkindern)
 - Kopf- oder Gliederschmerzen
 - Störung des Geruchs- und Geschmackssinns
 - Durchfall
 - Erbrechen
2. in den letzten 10 Tagen in keinem Risikogebiet außerhalb der Bundesrepublik Deutschland oder einem inländisch besonders betroffenen Gebiet (§ 1 der 2. SARS-CoV-2-Quarantäneverordnung) war, sofern keine Ausnahme von der häuslichen Quarantäne nach der 2. SARS-CoV-2-Quarantäneverordnung gilt,
3. nicht in Kontakt zu einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person steht oder
4. seit dem Kontakt mit einer SARS-CoV-2 infizierten Person 14 Tage vergangen sind.

Hatte Ihr Kind bereits eine laborbestätigte SARS-CoV-2 Infektion, ist bei erneutem Kontakt mit einer infizierten Person nur dann eine Quarantäne und ein Ausschluss aus der Einrichtung nötig, wenn die Infektion des Kindes länger als 6 Monate zurück liegt.

Ich verpflichte mich, stets tagesaktuell

- gesundheitliche Beeinträchtigungen oder
- engen Kontakt (z. B. 10 Minuten Gesichtskontakt ("face-to-face") oder Gespräch) zu einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person zum Zeitpunkt des Bekanntwerdens

zu melden (Verpflichtung nach § 34 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz), in diesen Fällen ist das oben genannte Kind nicht in die Kindertageseinrichtung bzw. Kindertagespflegestelle zu bringen und eine Ärztin oder einen Arzt zur Abklärung zu konsultieren.

Datum

Unterschrift (Elternteil/ Personensorgeberechtigte/r)