

Einmalige Gesundheitsbestätigung

Name der Einrichtung:	
Name, Vorname des Kindes:	
Geburtsdatum:	
ggf. Gruppe:	

Hiermit wird durch meine / unsere Unterschrift bestätigt, dass das o. g. Kind sowie wir als Personensorgeberechtigte frei von Symptomen der Covid-19-Erkrankung (z.B. erhöhte Temperatur, Halsschmerzen, Husten, Schnupfen, Durchfall) sind.

(Erlass zum eingeschränkten Regelbetrieb in Kindertageseinrichtungen des Landes Sachsen-Anhalt vom 23.02.2021)

Kinder und Personal sowie Dritte, die Erkältungssymptome aufweisen, dürfen eine Kindertageseinrichtung dann betreten, wenn sie über ein negatives Ergebnis eines Coronatestes verfügen oder eindeutig durch ärztliche Bescheinigung feststeht, dass dies nur Auswirkungen einer allergischen oder anderen Erkrankung sind.

	Mein / unser Kind	JA	NEIN
1)	hat erkennbare Symptome einer COVID-19 Erkrankung gemäß der aktuellen RKI-Definition oder Erkältungssymptome. Ausgenommen sind Symptome, die auf ärztlich bescheinigten chronischen Erkrankungen beruhen (Heuschnupfen und andere Allergien etc.).	[]	[]
2)	hatte innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu mindestens einer laborbestätigt infizierten Person.	[]	[]
3)	hatte Kontakt zu einer Person, die in den letzten 14 Tagen aus dem Ausland zurückgekehrt ist und nach der Rückkehr Quarantänebeschränkungen unterliegt.	[]	[]
4)	ist in den letzten 14 Tagen selbst aus einem Risikogebiet gemäß der aktuellen RKI-Definition zurückgekehrt.	[]	[]
5)	- Nur wenn unter 4) mit „ja“ geantwortet wurde. – Ein Test auf das SARS-CoV-2-Virus wurde durchgeführt. Das Testergebnis liegt vor und ist negativ.	[]	[]

Mein / Unser Kind wird keine Betreuung in Anspruch nehmen, wenn o.g. Erkältungssymptome auftreten.

Datum	Unterschrift des 1. Personensorgeberechtigten

Datum	Unterschrift des 2. Personensorgeberechtigten