

**Einmalige Gesundheitsbestätigung
für bringende und abholberechtigte Personen**

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

Hiermit wird durch meine Unterschrift bestätigt, dass ich

.....
(Name, Vorname)

frei von Symptomen der Covid-19-Erkrankung (z.B. erhöhte Temperatur, Halsschmerzen, Husten, Schnupfen, Durchfall) bin.

(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.

		JA	NEIN
1)	Ich habe 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)	Ich hatte innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu mindestens einer laborbestätigt infizierten Person.	[]	[]
3)	Ich hatte Kontakt zu einer Person, die in den letzten 14 Tagen aus dem Ausland zurückgekehrt ist und nach der Rückkehr Quarantänebeschränkungen unterliegt.	[]	[]
4)	Ich bin 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.	[]	[]

Mir ist bekannt, dass ich das Gelände / Kindertageseinrichtung nicht betreten darf, wenn o.g. Erkältungssymptome vorliegen.

Datum	Unterschrift der bringenden / abholberechtigten Person