|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname des Kindes |  |
| Gruppe |  |
| Datum |  |
| Checkliste durchgeführt aufgrund von am/von: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum, Unterschrift der/s MA  O Neuaufnahme  O Rückkunft aus Urlaub  O Erkältungs- und Krankheitssymptomen | |

|  |  |
| --- | --- |
| Hiermit erkläre ich, dass ich mich in den letzten 10 Tagen nicht in einem Hochrisikogebiet/Virusvariantengebiet aufgehalten habe. | Datum/ Unterschrift Erziehungsberechtigte |
| Hiermit erkläre ich, dass mein Kind sich während der letzten 5 Tage nicht in einem Hochrisikogebiet/Virusvariantengebiet aufgehalten hat. | Datum/Unterschrift Erziehungsberchtigte |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Trifft folgendes zu? | | | | |
| O ja  O nein | Schnupfen, keine weiteren Symptome | | | |
| **Kind bleibt für 24 Stunde zu Hause** | | | | |
| Nach 24 Stunden | Nach 24 Stunden   * Zusätzliche Symptome   Husten, erhöhte Temperatur, Schnupfen mit Kopfschmerzen und/oder Halsschmerzen, beeinträchtigtes Allgemeinbefinden, Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns | | | |
| Eltern entscheiden, on eine Vorstellung beim Arzt erfolgen soll | | | |
| * Keine zusätzlichen Symptome * Deutlich verbesserter / guter Allgemein-zustand | | * 24 Stunden Symptomfreiheit * Deutlich verbesserter/ guter Allgemeinzustand | Vorstellung beim Arzt | |
| Arzt entscheidet über Covid 19 Test (kein Besuch in Kita/Schule, bis Testergebnis vorliegt | |
| Negativer Test oder kein Test aufgrund eines sicheren klinischen Ausschlusses von COVID 19 + deutliche Besserung der Symptomatik | Positives Testergebnis |
| Anordnungen des Gesundheitsamtes folgen |
|  | Nach Beendigung der Absonderung |
| **Das Kind darf die Einrichtung wieder besuchen; ein ärztliches Attest ist nicht erforderlich** | | | | |