|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname des Kindes |  |
| Gruppe |  |
| Datum |  |
| Checkliste durchgeführt aufgrund von am/von: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum, Unterschrift der/s MAO NeuaufnahmeO Rückkunft aus UrlaubO 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 jaO 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** |