

**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,  $\geq 38$  °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)