



KIND: _____ GEBURTSTAG: _____

ELTERNTEIL: _____

SELBSTAUSKUNFT

Hatten Sie oder Ihr Kind in den letzten 14 Tagen **Kontakt zu einer positiv getesteten Person?**

JA NEIN

Haben Sie oder Ihr Kind sich in den letzten 14 Tagen in einem **Risikogebiet** nach RKI-Einschätzung befunden?

JA NEIN

Hatten Sie oder Ihr Kind in den **letzten 3 Tagen:**

Fieber? JA NEIN

Durchfall? JA NEIN

Husten? JA NEIN

Schnupfen? JA NEIN

Geschmacks- oder Geruchsverlust? JA NEIN

Haben Sie oder Ihr Kind neu aufgetretene Luftnot?

JA NEIN

Besteht in Ihrem Haushalt eine häusliche Quarantäne?

JA NEIN

Hiermit versichere ich die wahrheitsgemäße Beantwortung der Fragen zum Gesundheitszustand:

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Gemeinsam engagiert in der

