

Erklärung zur Symptomfreiheit bei Kindern nach einer Erkrankung mit Krankheitssymptomen von COVID-19

Vorname des Kindes: _____

Nachname des Kindes: _____

Klasse des Kindes: _____

Tag des Beginns der Erkrankung: _____

Tag der Rückkehr in den Unterricht: _____

Hiermit bestätige/n ich/wir (bitte Zutreffendes ankreuzen):

Bitte Zutreffendes ankreuzen	Symptome	Vorgehen
<input type="checkbox"/>	Nur Schnupfen	Mein/ unser Kind leidet oder litt unter Schnupfen. In den 24 Stunden nach erstmaligem Auftreten sind <u>keine weiteren</u> Symptome dazu gekommen.
<input type="checkbox"/>	Husten	Unser Kind leidet oder litt unter Husten. Seit Beginn des erstmaligen Auftretens ist eine <u>deutliche Besserung eingetreten</u> bzw. mein/ unser Kind wieder fit und der <u>Husten weitestgehend oder ganz abgeklungen</u> .
<input type="checkbox"/>	Kopf-, Hals- und/oder Bauchschmerzen	Mein/ unser Kind litt unter einem oder mehreren der vorgenannten Symptomen, ist aber <u>seit 24 Stunden symptomfrei</u> .
<input type="checkbox"/>	Fieber	Mein/ unser Kind litt unter dem vorgenannten Symptom, ist aber seit <u>24 Stunden symptomfrei</u> .
<input type="checkbox"/>	Durchfall und/oder Erbrechen	Mein/ unser Kind litt unter einem oder beiden der vorgenannten Symptomen, ist aber <u>seit 24 Stunden symptomfrei</u> .

Ort, Datum und Unterschrift Erziehungsberechtigte/r