



Gesundheitsbestätigung

| | |
|--------------------------------|--|
| Name, Vorname des Kindes: | |
| Klasse: | |
| Erkrankt von – bis: | |
| welche Beschwerden lagen vor?: | |

Ich bestätige hiermit schriftlich, dass ich o.g. Kind **mind. 24 Stunden** beobachtet habe und es keine weiteren Symptome der Krankheit Covid-19 (insbesondere **Fieber, trockener Husten, Atemprobleme, Hals- oder Ohrenschmerzen, Verlust von Geschmacks-/ Geruchssinn, starke Bauchschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Durchfall, unklarer Hautausschlag** sowie **allgemeines Krankheitsgefühl**) aufweist.

Datum:

Unterschrift der
Erziehungsberechtigten:

Hinweis: Die wissenschaftliche Erkenntnislage zu spezifischen Symptomen von Covid-19 bei Kindern ist noch nicht einheitlich. Es kommt auf den Allgemeinzustand des Kindes an. Wenn Kinder 24 Stunden symptomfrei sind, dürfen sie die Einrichtung auch ohne ärztliche Bescheinigung wieder besuchen.