

\_\_\_\_\_  
Stempel der Einrichtung

## **Gesundheitsbogen**

Hiermit wird bestätigt, dass mein Kind:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

in den letzten 14 Tagen nicht die folgenden Symptome aufwies:

Fieber

Husten

Schnupfen

Kurzatmigkeit/Atemnot

Halsschmerzen

Muskel- und Gelenkschmerzen

verstopfte Nase

Fehlen von Geruchs-und Geschmackssinn

Kopfschmerzen

Übelkeit/Erbrechen

Durchfall

Appetitlosigkeit

Konjunktivitis (Bindehautentzündung)

Hautausschlag

Weiterhin wird bestätigt, dass das Kind in den letzten 14 Tage nicht verreist war und keinen Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person hatte.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Personensorgeberechtigten