

# Gesundheitsfragebogen



Name, Vorname Sorgeberechtigte/r:	
Name, Vorname Ihres Kindes:	
Geburtsdatum Ihres Kindes:	

- Mein Kind und ich leiden nicht unter akuten Atemwegsbeschwerden oder unspezifischen Allgemeinsymptomen wie Fieber, Abgeschlagenheit und Schwäche.
- Mein Kind und ich hatten in den letzten 14 Tagen keinen wesentlichen Kontakt mit einer anderen Person mit positivem Nachweis des Corona-Virus (SARS-CoV-2).
- Mein Kind und ich haben uns in den letzten 14 Tagen nicht in einem vom Robert-Koch-Institut festgelegten Risikogebiet aufgehalten. Aktuelle Informationen sind unter anderem auf der Internetseite des Robert-Koch-Institutes (<https://www.rki.de>) zu finden.

**Hiermit bestätige ich, dass die oben aufgeführten Angaben wahr und richtig sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben erhebliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheitssituation haben können.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Hinweis zum Datenschutz: Ihre personenbezogenen Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen verwendet.