

# 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