

Name: _____
Gruppe: _____
Datum _____
Uhrzeit von _____
bis _____

Gibt es Vorerkrankungen, die nach Definition des RKI einen Risikofaktor darstellen?
Gab es Kontakt zu einem positiv getesteten Covid19-Fall innerhalb der letzten 14 Tage?
Gab es einen Aufenthalt in einem ausgewiesenen Risikogebiet innerhalb der letzten 14 Tage?

Trat eines der gen. Krankheitssymptome innerhalb der letzten 14 Tage auf?
Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen, Husten, Atemnot, Halsschmerzen, Geschmacks- oder Riechstörungen, Schnupfen oder Durchfall.

Es konnten alle Fragen mit „Nein“ beantwortet werden.

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Name: _____
Gruppe: _____
Datum _____
Uhrzeit von _____
bis _____

Gibt es Vorerkrankungen, die nach Definition des RKI einen Risikofaktor darstellen?
Gab es Kontakt zu einem positiv getesteten Covid19-Fall innerhalb der letzten 14 Tage?
Gab es einen Aufenthalt in einem ausgewiesenen Risikogebiet innerhalb der letzten 14 Tage?

Trat eines der gen. Krankheitssymptome Innerhalb der letzten 14 Tage auf?
Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen, Husten, Atemnot, Halsschmerzen, Geschmacks- oder Riechstörungen, Schnupfen oder Durchfall.

Es konnten alle Fragen mit „Nein“ Beantwortet werden.

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Name: _____
Gruppe: _____
Datum _____
Uhrzeit von _____
bis _____

Gibt es Vorerkrankungen, die nach Definition des RKI einen Risikofaktor darstellen?
Gab es Kontakt zu einem positiv getesteten Covid19-Fall innerhalb der letzten 14 Tage?
Gab es einen Aufenthalt in einem ausgewiesenen Risikogebiet innerhalb der letzten 14 Tage?

Trat eines der gen. Krankheitssymptome innerhalb der letzten 14 Tage auf?
Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen, Husten, Atemnot, Halsschmerzen, Geschmacks- oder Riechstörungen, Schnupfen oder Durchfall.

Es konnten alle Fragen mit „Nein“ beantwortet werden.

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Name: _____
Gruppe: _____
Datum _____
Uhrzeit von _____
bis _____

Gibt es Vorerkrankungen, die nach Definition des RKI einen Risikofaktor darstellen?
gab es Kontakt zu einem positiv getesteten Covid19-Fall innerhalb der letzten 14 Tage?
Gab es einen Aufenthalt in einem ausgewiesenen Risikogebiet innerhalb der letzten 14 Tage?

Trat eines der gen. Krankheitssymptome Innerhalb der letzten 14 Tage auf?
Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen, Husten, Atemnot, Halsschmerzen, Geschmacks- oder Riechstörungen, Schnupfen oder Durchfall.

Es konnten alle Fragen mit „Nein“ Beantwortet werden.

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten