

## Verbindliche Erklärung zum Gesundheitszustand und Versicherung der Kenntnisnahme der Betretungsverbote sowie der Infektionsschutzmaßnahmen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

Vorlage bis spätestens 1. Juli 2020 in der Einrichtung gemäß § 13 ThürSARS-CoV-2-KiSSP-VO

### Einrichtung

Name und Anschrift der Einrichtung:	
---	--

### Betreutes Kind

Name, Vorname(n):		Geburtsdatum:	
Gruppe:			

### Erreichbarkeit der Personensorgeberechtigte(n)

Name, Vorname(n):		
Wohnanschrift		
Telefonnummer(n)		

Name, Vorname(n):		
Wohnanschrift		
Telefonnummer(n)		

### Erklärung zum Gesundheitszustand

Hiermit wird bestätigt, dass das zu betreuende Kind sowie alle im gleichen Hausstand mit dem Kind lebenden Personen

- keine erkennbaren Symptome einer Covid-19-Erkrankung wie Husten, Fieber und Halsschmerzen aufweisen,
- nicht in direktem Kontakt zu einer nachweislich mit dem Virus SARS-CoV-2 infizierten Person stehen oder seit dem Kontakt mit einer mit dem Virus SARS-CoV-2 infizierten Person 14 Tage vergangen sind.
- Mein Kind leidet unter einer Erkrankung, deren Symptome einer SARS-CoV-2-Infektion ähneln. Ein geeigneter Nachweis, der die Unbedenklichkeit dieser Symptome bei meinem Kind belegt, wird dieser Erklärung zum Verbleib in der Einrichtung beigelegt.

## **Verpflichtungserklärung**

Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns bei

- Auftreten von Symptomen einer Covid-19-Erkrankung wie Husten, Fieber und Halsschmerzen) bei dem zu betreuenden Kind oder einer anderen im Hausstand lebenden Person und/oder
- Kontakt zu einer mit dem Virus SARS-CoV-2 infizierten Person umgehend die Einrichtung zu informieren und die Einrichtung nicht zu betreten.

## **Infektionsschutz- und Hygienekonzept**

- Die Betretungsverbote sowie die Infektionsschutzmaßnahmen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie der Einrichtung sind mir/uns bekannt.
- Ich habe/wir haben diese zur Kenntnis genommen.
- Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns, diese zu beachten.

## **Datenschutz**

- Ich bin/wir sind mit der Übermittlung der Daten zur Erreichbarkeit an das zuständige Gesundheitsamt im Falle einer notwendigen Kontaktnachverfolgung einverstanden.

---

Ort/Datum

---

Unterschrift Personensorgeberechtigte

---

Unterschrift Personensorgeberechtigte