

Gesundheitsfragebogen



Name des Kindes: _____

Datum	Mein Kind ist frei von typischen Krankheitssymptomen (z.B. Husten, erhöhte Temperatur oder Fieber, Kurzatmigkeit, Verlust des Geruchs-/ Geschmackssinns, Schnupfen, Halsschmerzen, Kopf- und Gliederschmerzen, allgemeine Schwäche usw.) Bitte täglich neu bestätigen!	Mein Kind hatte in den letzten 14 Tagen engen Kontakt (ohne Schutzausrüstung) mit einer anderen Person mit Nachweis von COVID-19. Als enger Kontakt gilt ein Abstand von weniger als 2m über mindestens 15 Minuten. Bestätigung reicht 1x wöchentlich.	Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der o. g. Angaben
22.06.2020	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
23.06.2020	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
24.06.2020	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
25.06.2020	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
27.06.2020	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
28.06.2020	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
29.06.2020	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
30.06.2020	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	