

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

Vorlage für Besuche zwischen dem 15. Februar bis 14. März 2021 in der Einrichtung gemäß § 12  
ThürSARS-CoV-2-KiJuSSp-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

- keine erkennbaren Symptome einer Covid-19-Erkrankung gemäß den aktuellen Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts aufzeigt.  
(siehe Veröffentlichung unter <https://bildung.thueringen.de/>)
- nicht in direktem Kontakt zu einer nachweislich mit dem Virus SARS-CoV-2 infizierten Person steht oder seit dem Kontakt mit einer mit dem Virus SARS-CoV-2 infizierten Person 14 Tage vergangen oder seit dem Kontakt zur infizierten Person mind. 10 Tage vergangen sind und die Person einen negativ ausgefallenen Test auf das Coronavirus SARS-CoV-2 vorlegen kann.
- 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 trockener Husten, Fieber, Muskelschmerzen oder Magen-Darm-Beschwerden) 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. (Gilt nicht für Personen, die unter adäquaten Schutzmaßnahmen an COVID-19 erkrankte Personen in Einrichtungen der Pflege oder des Gesundheitswesens behandelt oder gepflegt haben und nach den jeweils aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts nicht als ansteckungsverdächtig eingestuft werden.)

## 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