

Bestätigung über Arztkontakt

| | |
|--------------------|------------------------|
| Kindertagesstätte: | Hausarzt / Kinderarzt: |
| | Adresse: |
| | Telefonnummer: |

Ein Verdacht auf eine Coronavirus-Infektion wurde für mein Kind nicht festgestellt:

Name: _____ Vorname: _____

**Ich habe mich mit meinem Arzt abgestimmt.
Telefonische Aussage Arzt / Ärztliche Untersuchung am: _____**

- Ein **Verdacht** auf eine **Coronavirus-Infektion** wurde vom Hausarzt **nicht festgestellt**.
Mein Kind kann daher uneingeschränkt am Kitabetrieb **teilnehmen**.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der obenstehenden Angaben und erkläre mich damit einverstanden, dass der o.g. Arzt ggf. kontaktiert werden und Auskunft über die erfolgte Aussage / Ärztliche Untersuchung erteilen darf.

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder das er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt und die Informationen in Belangen der Betreuung weitergibt.

Anmerkung:

Bis zur ärztlichen Aussage / Befund darf die Einrichtung von dem betroffenen Kind nicht betreten werden.

Durch Vorlage des Formulars "Bestätigung über Arztkontakt" tritt die Freistellung des betroffenen Kindes automatisch außer Kraft.

Das Formular wird nach Erhalt zur Kinderakte der Kita genommen