

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

- keine erkennbaren Symptome einer Covid-19-Erkrankung wie z.B. Husten, Fieber, Schnupfen aufweist,
- 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 sind.
- Mein Kind leidet unter einer Erkrankung, deren Symptome einer SARS-CoV-2-Infektion ähneln. Ein geeigneter Nachweis<sup>a</sup>, 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 z.B. Husten, Fieber, Schnupfen 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<sup>b</sup>.

## 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.

## Datenschutzhinweis

Im Falle einer notwendigen Kontaktnachverfolgung werden die Daten an die zuständige Behörde weiter gegeben.

---

Ort/Datum

---

Unterschrift Personensorgeberechtigte

---

**a** Geeigneter Nachweis: z.B. Allergiepass, aktueller Nachweis einer negativen Testung auf den Coronavirus SARS-CoV-2, aktuelles ärztliches Attest, aus dem hervorgeht, dass es keine medizinischen Anhaltspunkte gibt, die eine Notwendigkeit einer Testung auf den Coronavirus SARS-CoV-2 begründen.

**b** Hinweis: Familienmitglieder, die beruflich mit der Versorgung und Betreuung von an SARS-CoV-2 infizierten Personen zu tun haben dürfen die Einrichtung z. B. in der Übergabesituation nicht betreten.