

AMT WACHSENBURG

Die Verwaltung



Amt Wachsenburg
Gemeindeverwaltung
Erfurter Straße 42
99334 Amt Wachsenburg

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