# Schriftliche Bestätigung der ärztlichen Untersuchung

Name der Kindertagesstätte:

_____

Daten des Kindes (Vor- und Zuname, Geburtsdatum)

_____

zeigt Symptome einer Atemwegsinfektion oder sonstige Symptome, die auf eine mögliche SARS-CoV2-Infektion schließen lassen. Wir haben mit dem behandelnden Kinderarzt (ggf. telefonisch) Kontakt aufgenommen. Laut ärztlichem Urteil ist keine Infektion mit SARS-CoV-2 zu befürchten. Ein Test ist nach ärztlichem Urteil nicht erforderlich. Nach Abklingen aller Symptome kann demnach unser Kind die Einrichtung wieder besuchen.

Name und Anschrift des Kinderarztes

_____

Ort, Datum

_____

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten

_____