**Selbsterklärung zur Symptomfreiheit bei Kindern nach einer**

**Erkrankung (aktualisiert 17.09.2020)**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gruppe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tag des Beginns der Erkrankung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tag der Rückkehr in die Gruppe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Symptome** | **Vorgehen** | **Erklärung zur Symptomfreiheit** | **Bitte zutreffendes ankreuzen** |
| nur Schnupfen | Das Kind bleibt mindestens **24 Stunden** zuhause.- Treten danach keine weiteren Symptome auf, ist der Kita- Besuch – auch mit Schnupfen – wieder möglich.- Treten zusätzlich zum Schnupfen weitere Symptome auf, so gelten die im Nachfolgenden genannten Regeln. | Hiermit bestätige(n) ich/wir, dassmein/unser Kind seit ausschließlich Schnupfen hat und seit mindestens 24 Stunden keine weiteren Symptome dazugekommen sind. | ☐ |
| Husten | Das Kind bleibt solange zuhause, bis eine deutliche Besserung des Hustenseingetreten ist, mindestens **24 Stunden.** Ist das Kind wieder fit und der Husten weitestgehendabgeklungen, so ist der Kita-Besuch wieder möglich. | Hiermit bestätige(n) ich/wir, dass mein/unser Kind seit mindestens 24 Stunden zuhause beobachtet wurde und der Husten weitgehend abgeklungen ist. | ☐ |
| Kopf-, Hals- und/oderBauchschmerzen | Grundsätzlich kein Kita-Besuch mit Schmerzen jeglicher Art!Das Kind bleibt zuhause, bis es **24 Stunden** **symptomfre**i ist. | Hiermit bestätige(n) ich/wir, dass mein/unser Kind seit mindestens 24 Stunden symptomfrei ist. | ☐ |
| Fieber | Grundsätzlich kein Kita-Besuch mit Fieber!Das Kind bleibt zuhause, bis es **48 Stunden** fieberfrei ist. | Hiermit bestätige(n) ich/wir, dass mein/unser Kind seit mindestens 48 Stunden symptomfrei ist. | ☐ |
| Durchfall und/oderErbrechen | Grundsätzlich kein Kita-Besuch mit Durchfall und/oder Erbrechen!Das Kind bleibt zuhause, bis es **48 Stunden** **symptomfrei** ist. | Hiermit bestätige(n) ich/wir, dass mein/unser Kind seit mindestens 48 Stunden symptomfrei ist. | ☐ |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

(gemäß: Infoblatt Gesundheitsamt 16.09.2020)