

Fragebogen

Liebe Eltern,

Bitte füllen sie den beiliegenden Fragebogen aus. Die Angaben benötigen wir, damit ein reibungsloser Ablauf der Veranstaltung gewährleistet werden kann, ihr Kind bestens versorgt wird und um das Kontaktisiko mit SARS-CoV-2 besser einschätzen und somit das Risiko möglichst geringhalten können.

Die erhobenen Daten werden ab Beginn der Veranstaltung vier Wochen entsprechend geltender Bestimmungen sicher verwahrt und dann vernichtet.

Allgemeine Informationen:

Name des Kindes			
Geburtsdatum des Kindes			
Mein Kind hat eine Allergie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	
Mein Kind hat eine gültige Vollschutzimpfung gegen Tetanus:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> Mein Kind wird abgeholt von			
<input type="checkbox"/> Mein Kind darf am Ende der Veranstaltung alleine nach Hause gehen			
Wer ist im Notfall erreichbar und zu informieren	Name		Mobilnummer
	Name		Mobilnummer
Ort, Datum	Unterschrift der Erziehungsberechtigten		

Fragebogen in Bezug auf SARS-CoV-2

Bitte beantworten sie die Fragen zur Einschätzung des Kontaktisikos mit SARS-CoV-2	
Bestand in der Vergangenheit die Anordnung einer behördlichen Quarantäne im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 innerhalb des eigenen Haushaltes?	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte Datum des Ablaufs der Anordnung angeben:	
Hatten Ihr Sohn/Ihre Tochter oder eine Person aus dem eigenen Haushalt in den letzten zwei Wochen einen Aufenthalt in den nach den RKI definierten Risikogebieten oder Kontakt zu einer Person, die an COVID-19 erkrankt ist?	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein

Bitte beantworten sie die Fragen zur gesundheitliche Symptomatik der letzten 14 Tage (Bezugnehmend auf das teilnehmende Kind)	
Fieber	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein
Trockener Husten	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein
Hals- oder Ohrenschmerzen	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein
Starke Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein
Erbrechen oder Durchfall	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein
<input checked="" type="checkbox"/> Hiermit versichere ich die wahrheitsgemäße Beantwortung der gestellten Fragen	
<input checked="" type="checkbox"/> ich nehme zur Kenntnis und erkläre mich damit einverstanden, dass das Kind ggf. bei Auftreten der oben benannten Symptome nicht teilnehmen kann.	
Ort, Datum	Unterschrift der Erziehungsberechtigten
Teilnahmevoraussetzung:	Maske, Einmalhandschuhe + Fragebogen