

Anreisebogen für Internatsschülerinnen und -schüler (VI u. TI)

Hinweis zum Datenschutz: Dieser Bogen wird nach der Erhebung 21 Tage lang archiviert und anschließend vernichtet.

Datum:

_____ Datum

Schülerin/Schüler:

_____ Vorname, Name,

_____ Adresse

_____ Telefon

Sind bei Ihrem Kind in den letzten 14 Tage eines oder mehrere der folgenden Krankheitssymptome aufgetreten?

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Fieber | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Husten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Halsschmerzen oder Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Atemnot | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Geschmacks- oder Geruchsverlust | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Starke Müdigkeit* | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Starker Schnupfen* | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

* soweit nicht durch eine bestehende Vorerkrankung (z.B. Allergie) erklärbar

Hatte ihr Kind oder eine in seinem Haushalt lebende Person in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person, bei der eine Erkrankung an Covid 19 bzw. eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 diagnostiziert wurde?

Ja Nein

Hat sich Ihr Kind in den letzten 14 Tagen Kontakt in einem Gebiet aufgehalten, welches vom RKI als Risiko- oder Hochinzidenzgebiet klassifiziert wurde?

Ja Nein

Unterschrift **Mutter/Erziehungsberechtigte**

Unterschrift **Vater/Erziehungsberechtigter**

bzw. Unterschrift der volljährigen Schülerin/des volljährigen Schülers