

**Formular zur diagnostischen Abklärung einer Symptomatik, die mit COVID-19
vereinbar ist**

Vorlage für die Wiederaufnahme in die Kindertagesförderung

Stand: 06.04.2021

Vorname und Name des Arztes/der Ärztin

Anschrift des Arztes/der Ärztin/ Praxisstempel

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass

Vorname und Name des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

zur Abklärung der vorliegenden Symptomatik in meiner Praxis anwesend war.

Ein PCR-Test (bzw. ein alternativer Nukleinsäurenachweis) wurde durchgeführt.

Testdatum:

Dieser erbrachte ein negatives Testergebnis (kein Nachweis von SARS-CoV-2 RNA im Abstrichmaterial).

Aus klinischer Sicht war das Kind zum Untersuchungszeitpunkt für die Aufnahme in die Einrichtung geeignet.

Datum

Stempel, Unterschrift
(Arzt/Ärztin)