**Kontaktmanagement und verbindliche Erklärung zum Gesundheitszustand**

**im Rahmen der Infektionsschutzmaßnahmen der COVID-19-Pandemie**

**Einrichtung**

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Anschrift des Kindergartens: |  |
| Anlass |  |
| verantwortliche Person | (ggf. Vertretung der Leitung) |

**Notwendige Daten des/der Personensorgeberechtigten/ externe Besuchende**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname(n): |  |
| Datum der Besuchszeit:  | Uhrzeit von Uhr bis Uhr |
| Erreichbarkeit:(Wohnanschrift oder Telefonnummer) |  |

**Erklärung zum Gesundheitszustand**

Hiermit wird bestätigt, dass ich

1. keine erkennbaren Symptome einer Covid-19-Erkrankung gemäß den aktuellen Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts aufweise (vgl. die jeweils aktuelle Konkretisierung auf der [Homepage des TMBJS](https://bildung.thueringen.de/corona/)) bzw. innerhalb der letzten fünf Tage nach Symptombeginn und mindestens 48 Stunden nach Symptomfreiheit oder nach Vorlage eines negativen Testergebnisses nach einer Testung nach § 2 Abs. 2 Nr. 5 oder 6 ThürSARS-CoV-2-IfS-MaßnVO die Einrichtung erst wieder betrete oder nach Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die Unbedenklichkeit des Einrichtungsbesuchs,
2. für mich keine Quarantäneanordnung aufgrund eines direkten Kontakts zu einer nachweislich mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person vorliegt oder eine Absonderungspflicht besteht,
3. ich die Einrichtung im Falle einer positiv auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 erfolgten Testung frühestens 14 Tage nach Symptombeginn und mindestens 48 Stunden nach Symptomfreiheit die Einrichtung wieder betrete und im Falle eines positiven Antigenschnelltests einen Nachweis eines negativen Testergebnisses einer molekularbiologischen PCR-Testung auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 nachweisen kann.

**Umsetzung der 3G-Regel**

Ich wurde über die 3G-Regel ab der Warnstufe 1 belehrt und habe den Nachweis vorgelegt für

* vollständig geimpft
* genesen
* getestet

**Verpflichtungserklärung**

* Ich verpflichte mich, bei einer nachgewiesenen SARS-CoV-2-Infektion umgehend die Leitung der Einrichtung zu informieren.

**Datenschutzhinweis**

Diese Daten werden für die Dauer von 4 Wochen verschlossen aufbewahrt und im Anschluss unverzüglich vernichtet. Die Daten werden ausschließlich für infektionsschutzrechtliche Zwecke im Falle einer notwendigen Kontaktnachverfolgung auf Anfrage des zuständigen Gesundheitsamtes verwendet und an diese Behörde weitergegeben.

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

Ort/Datum Unterschrift Personensorgeberechtige/externe Besuchende