Ein Bild, das Text, ClipArt enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

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

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datenschutzerklärung bereits abgegeben:  ja  nein

**Corona-Virus-Infektion, Fragebogen zur Selbsteinschätzung**

Sehr geehrte Damen und Herren, aufgrund der aktuellen Corona—Virus—Situation möchten wir Sie bitten,   
die folgenden Fragen zu beantworten.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Hatte Ihr Kind derzeit grippeähnliche Symptome: Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome? | Ja   | Nein   |
| 2. War Ihr Kind in den letzten 2 Wochen in einem der Corona—Virus—Risikogebiete wie:  Deutschland (Landkreis Heinsberg, Nordrhein-Westfalen), Italien, Iran, China, Südkorea, Frankreich, Osterreich, Spanien, USA | Ja   | Nein   |
| 3. Hatte Ihr Kind wissentlich in den letzten Wochen Kontakt mit Personen, die sich in Corona-Virus-Risikogebieten aufgehalten haben:  Deutschland (Landkreis Heinsberg, Nordrhein-Westfalen), Italien, Iran, China, Südkorea, Frankreich, Österreich, Spanien, USA, Ägypten | Ja   | Nein   |
| 4. Hatte Ihr Kind wissentlich persönlichen Kontakt zu einer Person, bei der das neuartige Coronavirus im Labor  nachgewiesen wurde? | Ja   | Nein   |
| Mein Kind soll mit dem „Popeltest“ getestet werden (empfohlen) | Ja   | Nein   |
| Mein Kind soll mit dem herkömmlichen Stäbchentest getestet werden | Ja   | Nein   |

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Testergebnis**

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

Temperaturkontrolle Stirn < 37,5°C unauffällig?  ja 〉  nein (Keine Testung!)  
Fragebogen zur Selbsteinschätzung ausgefüllt?  ja 〉  nein (Keine Testung!)

Ergebnis:

 negativ (Nachgewiesen durch Antigentest Firma Roche)  
  
 positiv → **Sofortige** PCR-Testung an geeigneter Stelle (Arzt, Teststrecke), häusliche Quarantäne

**Datenschutzbestimmungen:**Die zum Zwecke der Testung angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer,  
Geburtsdatum, die allein zum Zwecke der Durchführung des Tests notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage  
gesetzlicher Berechtigungen erhoben. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen.

Datum, Stempel, Unterschrift der Apotheke: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_