

**Formular zur Gesundheitsbestätigung  
für den Regelbetrieb unter Pandemiebedingungen in den Schulen  
des Landes Mecklenburg-Vorpommern  
ab dem 15. September 2020**

Grundschule "Käthe Kollwitz" Name der Schule
Geschwister-Scholl-Str. 31, 17192 Waren (Müritz) Anschrift der Schule (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
Vorname, Name der Schülerin / des Schülers
Geburtsdatum der Schülerin / des Schülers

**Teil A: Reiserückkehrende**

Ich **erkläre** mit meiner Unterschrift, dass die oben genannte Schülerin / der oben genannte Schüler sich entsprechend der geltenden Regelung der SARS-CoV-2-Quarantäneverordnung in den vergangenen 14 Tagen nicht:

- in einem Corona-Risikogebiet entsprechend der jeweils aktuellen Definition des Robert-Koch-Instituts (siehe unter: <https://www.rki.de/covid-19-risikogebiete>) aufgehalten hat oder
- aus einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt nach Mecklenburg-Vorpommern eingereist ist oder darin ihren / seinen Wohnsitz hat, in dem in den letzten sieben Tagen vor der Einreise die Zahl der Neuinfektionen laut der Veröffentlichung des Robert Koch-Institut pro 100.000 Einwohner höher als 50 ist (siehe unter: <https://www.lagus.mv-regierung.de/Gesundheit/InfektionsschutzPraevention/Daten-Corona-Pandemie>).

Ich **bestätige** mit meiner Unterschrift, dass mir bekannt ist, dass es Personen 14 Tage nach Rückkehr aus einem Corona-Risikogebiet oder einem besonders betroffenen Gebiet in Deutschland gemäß § 1 Absatz 1 Satz 3 i. V. m. § 1 Absatz 1 Satz 1, Absatz 5 SARS-CoV-2-Quarantäneverordnung nicht gestattet ist, Schulen zu betreten. Weiter ist mir **bekannt**, dass ich gemäß § 1 Absatz 1 Satz 4 SARS-CoV-2-Quarantäneverordnung zur unverzüglichen Vorlage dieser Erklärung in der Schule verpflichtet bin und die Bußgeldvorschriften des § 4 SARS-CoV-2-Quarantäneverordnung Anwendung finden.

Sofern die oben genannte Schülerin / der oben genannte Schüler aus einem Corona-Risikogebiet oder einem besonders betroffenen Gebiet in Deutschland zurückgekehrt ist und die Quarantäne nach Rückkehr verkürzt wurde, **bestätige** ich, dass diese entsprechend der Regelungen der SARS-CoV-2-Quarantäneverordnung in der jeweils gültigen Fassung durch das zuständige Gesundheitsamt beendet worden ist.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

(Erziehungsberechtigte /-berechtigter bzw. volljährige Schülerin / volljähriger Schüler)

## **Teil B: Gesundheitsbestätigung**

Ich bin darüber **informiert**, dass der Plan für Infektionsschutz und Hygienemaßnahmen für die Schulen in Mecklenburg-Vorpommern (Hygieneplan für SARS-CoV-2) vorsieht, dass bei Auftreten einer mit COVID-19 zu vereinbarenden Symptomatik betroffene Personen die Schule nicht betreten dürfen.

Dies betrifft Personen, wenn sie:

- eine mit Corona zu vereinbarende Symptomatik, z. B. Fieber mit Temperatur ab 38 °C, Husten, Störung des Geruchs- und / oder Geschmackssinns, Schnupfen (nur in Verbindung mit vorgenannter Symptomatik) aufweisen,

oder sie davon Kenntnis haben, dass sie

- in Kontakt zu einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person stehen oder
- in den vergangenen 14 Tagen Kontakt mit einer SARS-CoV-2 infizierten Person hatten.

Ich bin ferner **informiert**, dass entsprechend Ziffer 8 der Allgemeinverfügung des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit im Einvernehmen mit dem Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur und dem Ministerium für Energie, Infrastruktur und Digitalisierung und fachaufsichtliche sowie dienstrechtliche Weisung des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur zum Besuch von Schulen zur Eindämmung der Atemwegserkrankungen COVID-19/ Übertragung von SARS-CoV-2 die Pflicht besteht, der Schule unverzüglich zu melden, falls die oben genannte Schülerin / der oben genannte Schüler Kontakt mit einer nachweislich auf SARS-CoV-2 positiv getesteten Person (zusammenhängend mehr als 15 Minuten Gesichtskontakt zu einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person) hatte.

Ich **erkläre** mit meiner Unterschrift,

- dass gesundheitliche Beeinträchtigungen der oben genannten Schülerin / des oben genannten Schülers nicht vorliegen und
- ein Kontakt der oben genannten Schülerin / des oben genannten Schülers mit einer nachweislich auf SARS-CoV-2 positiv getesteten Person (zusammenhängend mehr als 15 Minuten Gesichtskontakt zu einer mit SARS-CoV-2 infizierten Person) in den letzten 14 Tagen nach meiner Kenntnis nicht stattgefunden hat.

---

Datum

---

Unterschrift

(Erziehungsberechtigte /-berechtigter bzw. volljährige Schülerin / volljähriger Schüler)