

Checkliste
Infektions-/Übertragungsrisiko von SARS-CoV-2 in Kinderbetreuungseinrichtungen
Stand: 09/2021

Einrichtung / Tagespflegeperson:		
Anschrift:	Ansprechpartner:	
	Tel. Nr.:	
Gruppe:	Gruppenstärke:	Raumgröße Gruppenraum:

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,
um die Übertragungsrisiken bei Auftreten von SARS-CoV-2 Infektionen in der Kindertageseinrichtung bzw. in der Kindertagespflege besser einschätzen zu können, werden nachfolgende Informationen benötigt. Damit soll begründbar und nachvollziehbar über die unbedingt notwendigen Quarantänemaßnahmen für die Kontaktpersonen entschieden werden. Wir bitten die Einrichtungsleitung/die zuständige Betreuungsperson um Beantwortung nachfolgender Fragen:

Liegt ein Raumlufthkonzept vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	nicht sicher beurteilbar <input type="checkbox"/>
Wenn Ja:			
Stoßlüftung /Frequenz und Dauer:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Mit Unterstützung CO ₂ –Ampel:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Mit Unterstützung Mobile Luftreiniger:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Mechanische Abluft mit Kipplüftung:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
RLT-Anlage:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Sonstiges (konkret benennen):			
Wird von der Betreuungsperson in Innenräumen ein Mund-Nasen-Schutz getragen ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	nicht sicher beurteilbar <input type="checkbox"/>
Wenn Ja:			
Kontinuierlich:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	nicht sicher beurteilbar <input type="checkbox"/>
Betreuungsrahmen in den vergangenen zwei Tagen vor dem Nachweis der Infektion:			
Hohe Aktivität z.B. Singen, Einsatz Blasinstrumente, Sport:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	überwiegend <input type="checkbox"/>
Wechselnde Betreuungsgruppen/Offenes Konzept:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	überwiegend <input type="checkbox"/>
Bei „Randbetreuung“:	Dauer:		
Aufenthalt in Innenräumen? „Kerngruppe“ des Indexfalls Ggf. 2. Gruppe des Indexfalls Ggf. 3. Gruppe des Indexfalls	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	überwiegend <input type="checkbox"/>
	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	überwiegend <input type="checkbox"/>
	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	überwiegend <input type="checkbox"/>
Hat der Indexfall Symptome wie Husten, Niesen, Schnupfen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	nicht sicher beurteilbar <input type="checkbox"/>
Wieviel Stunden im Mittel war der Indexfall in den letzten 2 Tagen vor dem ersten positiven Test in der Gruppe:	Kerngruppe: Ggf. 2. Gruppe: Ggf. 3. Gruppe:		
Sind die Betreuungspersonen mit Kontakt zum Indexfall vollständig geimpft? (ggf. vom Gesundheitsamt zu ermitteln)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	nicht bekannt <input type="checkbox"/>

Datum: **Unterschrift Einrichtungsleitung/Tagespflegeperson:**