

STOP

Covid-19 Screening

Wenn Sie EINE der folgenden Fragen mit JA beantworten, schicken Sie Ihr Kind nicht zur Schule und wenden Sie sich an Ihren Arzt oder die örtliche Gesundheitsbehörde, um weitere Anweisungen zu erhalten:

Tritt bei Ihrem Kind und / oder einer Person im Haushalt Ihres Kindes eines der folgenden neuen oder sich verschlechternden Symptome im Zusammenhang mit COVID-19 auf?



Fieber
(Temperatur)

JA NEIN



Neuer oder sich
verschlimmernder Husten

JA NEIN



Kurzatmigkeit
Atembeschwerden

JA NEIN



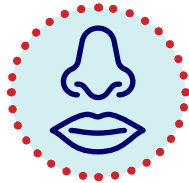
Halsschmerzen,
Schluckbeschwerden

JA NEIN



Schnupfen oder
verstopfte Nase

JA NEIN



Verlust des Geschmacks-
oder Geruchssinns

JA NEIN



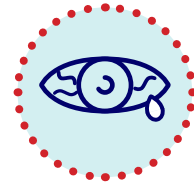
Übelkeit, Erbrechen,
Durchfall

JA NEIN



Unerklärliche(s) Müdigkeit /
Unwohlsein / Schüttelfrost /
Kopfschmerzen

JA NEIN



Rosa Auge
(Bindehautentzündung)

JA NEIN



Hat Ihr Kind oder jemand
im Haushalt Ihres Kindes in
den letzten 14 Tagen engen
körperlichen Kontakt mit einer
Person gehabt, die „untersucht“
oder positiv auf COVID-19
getestet wurde, ohne die
entsprechende persönliche
Schutzausrüstung zu tragen?

JA NEIN



Ist Ihr Kind oder jemand im Haushalt
Ihres Kindes in den letzten 14 Tagen
außerhalb Kanadas gereist?

JA NEIN



Haben Sie und / oder eine Person im
Haushalt Ihres Kindes in einer Einrichtung
gearbeitet, in der bekanntermaßen ein
COVID-19-Ausbruch aufgetreten ist?

JA NEIN