**Checkliste Infektions-/Übertragungsrisiko COVID-19 in Schulen Stand: 08/2021**

**Schule:**

**Anschrift: Ansprechpartner: ……………………………….**

 **Tel. Nr.: …………………………………………………**

**Klasse/Gruppe: Klassen-/Gruppenstärke: Raumgröße Klassenzimmer:**

**Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,**

um die Übertragungsrisiken bei Auftreten von COVID-19 Fällen in der Schule und in den Klassenräumen 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 Schulleitung/die zuständige Lehrkraft um Beantwortung nachfolgender Fragen:

|  |  |
| --- | --- |
| **Liegt ein Raumluftkonzept vor?** | Ja [ ]  Nein [ ]  nicht sicher beurteilbar [ ]  |
| Wenn Ja: |  |
| Stoßlüftung /Frequenz und Dauer: | Ja [ ]  Nein [ ]  |
| Mit Unterstützung CO2 –Ampel: | Ja [ ]  Nein [ ]  |
| Mit Unterstützung Mobile Luftreiniger: | Ja [ ]  Nein [ ]  |
| Mechanische Abluft mit Kipplüftung: | Ja [ ]  Nein [ ]  |
| RLT-Anlage: | Ja [ ]  Nein [ ]  |
| Sonstiges (konkret benennen): |  |
| **Wird in Innenräumen ein Mund-Nasen-Schutz getragen ?** | Ja [ ]  Nein [ ]  nicht sicher beurteilbar [ ]   |
| Wenn Ja: |  |
| Kontinuierlich: | Ja [ ]  Nein [ ]  nicht sicher beurteilbar [ ]   |
| **Bei Unterbrechung z.B. Mahlzeiteneinnahme im Klassenzimmer:** |  |
| Zeitdauer unter 15 Minuten: | Ja [ ]  Nein [ ]  überwiegend [ ]   |
| Einhaltung Mindestabstand 1,5m | Ja [ ]  Nein [ ]  überwiegend [ ]   |
| Liegen Maskenbefreiungen für die Klasse mit dem Indexfall vor: | Ja [ ]  Nein [ ]   |
| Wenn ja, wie viele Personen: |  |
| **Gegebenheiten im Unterricht:** |  |
| **Stationäres Setting** mit fester Sitzordnung: | Ja [ ]  Nein [ ]  überwiegend [ ]   |
| Ruhige Atmosphäre (stilles Arbeiten, geregelte Dialoge): | Ja [ ]  Nein [ ]  überwiegend [ ]  |
| **Mobiles Setting** mit Platzwechsel, z.B.: Sportunterricht: | Ja [ ]  Nein [ ]  überwiegend [ ]  |
| **Hohe Aktivität** z.B. Singen, Einsatz Blasinstrumente, Mannschaftssport:  | Ja [ ]  Nein [ ]  überwiegend [ ]  |
| **Wechselnde Arbeits-/Lerngruppen:** | Ja [ ]  Nein [ ]  überwiegend [ ]   |
| Hat der **Indexfall** Symptome wie Husten, Niesen, Schnupfen? | Ja [ ]  Nein [ ]  nicht sicher beurteilbar [ ]   |
| Wieviel Stunden im Mittel war der Indexfall in den letzten 2 Tagen in der Klasse/Gruppe: |  |
| Sind die direkten Sitznachbarn zum Indexfall vollständig geimpft: | Ja [ ]  Nein [ ]  nicht bekannt [ ]   |
| Sind die Lehrkräfte mit Kontakt zum Indexfall vollständig geimpft? (*ggf. vom Gesundheitsamt zu ermitteln)* | Ja [ ]  Nein [ ]  nicht bekannt [ ]   |

**Datum:** **Unterschrift Schulleiter/Lehrkraft:**