**Dokumentation der**

**durchgeführten Lollipop-Testungen zu Hause**

Zeitraum:

Woche (Datum von/bis)

Name des Kindes:

**Testergebnis**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Montag** | **Mittwoch** | **Freitag** |
| ❑ positiv  ❑ negativ | ❑ positiv  ❑ negativ | ❑ positiv  ❑ negativ |

Datum Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigter