

**Dokumentation der
durchgeführten Lollipop-Testungen zu Hause**

Zeitraum: _____

Woche (Datum von/bis)

Name des Kindes: _____

Testergebnis

Montag	Mittwoch	Freitag
<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Datum

Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigter