

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

Zeitraum: \_\_\_\_\_  
Woche (Datum von/bis)

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

**Testergebnis**

<b>Montag</b>	<b>Mittwoch</b>	<b>Freitag</b>
<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