

COVID-19 - Erklärung Kontaktperson

| Kontaktperson | | | |
|--|---|----------------------|----------------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Anschrift | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Telefonnummer | E-Mail | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Konnte bei Ihnen eine frühere COVID-19/Corona-Erkrankung durch ein positives PCR-Testergebnis nachgewiesen werden? | | | |
| Ja, mit Befund-Datum vom | <input type="text"/> | | |
| Nein | SARS-COV2 Genesen von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> | | |
| Wurden Sie bereits geimpft? | | | |
| Ja | | | |
| Nein | | | |
| Datum der 1. Impfung | Impfstoff | Datum der 3. Impfung | Impfstoff |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Datum der 2. Impfung | Impfstoff | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Hatten Sie Kontakt zu einer gesichert an COVID-19 erkrankten Person? | | | |
| Ja | | | |
| Nein | | | |
| Erkrankte Person (Kontakt bestand zu nachfolgender an COVID-19 erkrankten Person) | | | |
| Familiename/Vorname: | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Wohnort | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Kontaktdatum/letzter Kontakt | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Kontaktsituation | | | |
| Hatten Sie engen Kontakt im Nahfeld (unter 1,5 Meter Abstand) zu der oben genannten gesichert an COVID-19 (Corona) erkrankten Person, wobei entweder Sie selbst oder die infizierte Person keine Mund-Nasen-Bedeckung getragen haben? | | | |
| Ja | Zeitdauer: | <input type="text"/> | |
| Nein | | | |
| Hatten Sie engen "Face-to-face-Kontakt" (unter 1,5 Meter Abstand) im Rahmen eines Gespräches, wobei entweder Sie selbst oder die infizierte Person keine Mund-Nasen-Bedeckung getragen haben, unabhängig von der Dauer des Gespräches? | | | |
| Ja | | | |
| Nein | | | |
| Hatten Sie Kontakt zu respiratorischen Sekreten (z. B. Kontakt zu Speichel durch Anniesen, Anhusten, Küssen)? | | | |
| Ja | | | |
| Nein | | | |
| Beschreibung der Kontaktsituation: | | | |
| <input type="text"/> | | | |

Wohnen Sie mit der infizierten Person in einem Haushalt zusammen?

Ja

Nein

Konnten oder können Sie an sich selbst Symptome feststellen?

Ja folgende:

Nein

Welchen Beruf üben Sie aus?

Wer ist ihr Arbeitgeber?

Sind Sie damit einverstanden, Ihre Unterlagen (Bescheinigung über Quarantäne, Befunde) per gesicherter verschlüsselte Verbindung zu erhalten?

Ja

Nein