

Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geschlecht (Bitte ankreuzen): m    w    d

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

(bitte unbedingt angeben)

Arbeitgeber (Name &amp; Anschrift) &amp; letzter Arbeitstag: \_\_\_\_\_

**Geben Sie die nachweisliche oder vermutliche Infektionsquelle (Indexfall) an.**

Name des Indexfalls: \_\_\_\_\_

Ort und Adresse des Kontakts: (z.B. Arbeitsplatz, Haushalt, Bar/Park + Adresse)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Letzter Tag des relevanten Kontaktes: \_\_\_\_\_

**Kreuzen Sie an, welcher Kategorie des engen Kontakts Sie sich selbst zuordnen.**

Enger Kontakt (&lt;1,5 m Abstand), insgesamt &gt; 10 min ohne adäquaten Schutz.

Gespräch (&lt;1,5 m Abstand) ohne adäquaten Schutz unabhängig von Dauer oder direkter Kontakt mit respiratorischem Sekret.

Aufenthalt im selben Raum mit wahrscheinlich hoher Konzentration infektiöser Aerosole für &gt; 10 min.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Machen Sie Angaben zu Ihrem Impfstatus.**Haben Sie bereits eine SARS-CoV-2-Impfung erhalten? Ja     Nein 

Fall ja, geben Sie Datum der Impfung/en und Name des Impfstoffs an:

\_\_\_\_\_

**Geben Sie ggf. Atemwegssymptome oder Fieber und deren Beginn und Intensität an.**

Art der Symptome: \_\_\_\_\_ Symptombeginn (Tag): \_\_\_\_\_

(z.B. Husten, Schnupfen, Fieber, Halsschmerzen **oder keine**)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Intensität der Symptome:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
mild		mäßig				stark			

**Kreuzen Sie alle Grunderkrankungen an, die bei Ihnen vorliegen.**

- Chronische Herzerkrankung (z.B. Bluthochdruck, coronare Herzerkrankung)
- Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD, chronische Bronchitis)
- chronische Lebererkrankung
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- Tumor-/Krebserkrankung
- Patienten mit geschwächtem Immunsystem (z.B. HIV/AIDS)

Nur vom Gesundheitsamt auszufüllen:

Absonderung (von/bis): \_\_\_\_\_

Abstrich am: \_\_\_\_\_

BearbeiterIn: \_\_\_\_\_