

Nachname: _____ Geb.Datum: _____ Alter:

Vorname: _____ Geschlecht: (bitte in Kästchen eintragen) m/w/d

Adresse: _____ PLZ: _____ **Bezirk, kreisfreie Stadt oder Landkreis** _____

Telefon + E-Mail: _____ Letzter Arbeitstag: _____

Arbeitgeber (Name, Anschrift, Telefon): _____

Bitte geben Sie an, in welcher Form Sie Kontakt zu einer nachweislichen oder vermutlichen Infektionsquelle hatten:

Name der Person, der Lokalität, des Risikogebietes: _____
(z.B. Max Mustermann, The Club-XY, Italien/China etc.)

Letzter Tag des relevanten Kontaktes: _____

Bitte kreuzen Sie an, zu welcher Kategorie Sie sich selbst einstufen würden und begründen Sie kurz:

Mind. 15min.zugewandter Kontakt zu einem bestätigten Fall auf weniger als 2m Abstand, oder Kontakt mit dessen Atemwegssekreten sowie Speichelkontakt **Kategorie 1**

Zugewandter Kontakt zu einem bestätigten Fall für weniger als 15min von mehr als 2m Abstand, Aufenthalt in einem Risikogebiet/-lokalität oder medizinisches Personal ohne Schutzausrüstung bei mehr als 2m Abstand **Kategorie 2**

Medizinisches Personal mit Schutzausrüstung bei weniger als 2m Abstand **Kategorie 3**

Leiden Sie unter Atemwegssymptomen (Husten, Halsschmerzen, Schnupfen) oder Fieber? Bitte beschreiben Sie diese und kreuzen den Schweregrad Ihrer Symptomatik an (0 – 10).

Ja Nein

Art der Symptome: _____ Datum Symptombeginn: _____
(z.B. Husten, Schnupfen, Fieber, Halsschmerzen)

Intensität der Symptome:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
mild			mäßig				stark			

 Bitte Zahl eingeben

Bitte kreuzen Sie alle Grunderkrankungen an, die bei Ihnen vorliegen

- chronische Herzerkrankung
- Lungenerkrankungen (z. B. Asthma, COPD, chronische Bronchitis)
- chronische Lebererkrankungen
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- Tumor-/Krebserkrankungen
- Patienten mit geschwächtem Immunsystem (inkl. HIV/AIDS)

**Bitte senden Sie das Formular an das für
Ihren Wohnort zuständige Gesundheitsamt.**

**Sie können über den betreffenden Button das Formular
direkt per Mail absenden.**