

## Fragebogen für COVID-19-Fälle

Name, Vorname			
Geburtsdatum		männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	
Wohnhaft			
Wohnhaft in Einrichtung nach § 36 IfSG**		<input type="checkbox"/> JA <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> NEIN</span> z.B. <input type="checkbox"/> Asylbewerberinrichtung <input type="checkbox"/> Obdachlosenunterkunft <input type="checkbox"/> Justizvollzugsanstalt	
Telefon Festnetz / Mobil			
E-Mail / Fax			
Nutzung der Corona-WarnApp		<input type="checkbox"/> JA <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> NEIN</span> Erfolgte „Freischaltung“ nach positivem Abstrich <input type="checkbox"/> JA <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> NEIN</span>	
Hausarzt. (Anschrift und Telefonnummer)			
Symptomatik Seit _____	<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> Fieber, <input type="checkbox"/> _____schmerzen, <input type="checkbox"/> allgemeine Krankheitszeichen, <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit, <input type="checkbox"/> Übelkeit, <input type="checkbox"/> andere _____	
	<input type="checkbox"/> Respiratorisch	<input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Halsschmerzen, <input type="checkbox"/> Husten, <input type="checkbox"/> Lungenentzündung, <input type="checkbox"/> Schnupfen, <input type="checkbox"/> Mandelentzündung, <input type="checkbox"/> andere _____	
	<input type="checkbox"/> Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Durchfall, <input type="checkbox"/> Erbrechen, <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen, <input type="checkbox"/> andere _____	
	<input type="checkbox"/> Neurologisch	<input type="checkbox"/> Störung des Geruchs- und Geschmackssinn, <input type="checkbox"/> andere _____	
	<input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> _____	
Epidemiologie	<input type="checkbox"/> Kontakt COVID-19	Kontakt zuletzt am: Name des/der Erkrankten:	
	<input type="checkbox"/> Infektionsort	<input type="checkbox"/> _____ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> unbekannt</span>	
	<input type="checkbox"/> unklar		
	<input type="checkbox"/> Aufenthalt in med. Einrichtung < 14 Tage vor Erkrankung	<input type="checkbox"/> JA <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> NEIN</span> Name und Anschrift:	
	<input type="checkbox"/> Reise < 14 Tage vor Erkrankung	<input type="checkbox"/> JA <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> NEIN</span> Ort: Transportmittel:	
<input type="checkbox"/> Restaurantbesuch	Zeitpunkt: _____ Restaurant: _____		
Schwere Erkrankungen		<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf/Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Lebererkrankung <input type="checkbox"/> neurologische/neuromuskuläre Erkrankung <input type="checkbox"/> Immunschwäche <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> chronische Lungenerkrankung (z.B. COPD) <input type="checkbox"/> Krebserkrankung <input type="checkbox"/> andere: _____ <input type="checkbox"/> Schwangerschaft: Trimester: <input type="checkbox"/> <6 Wochen nach Entbindung	
<input type="checkbox"/> NEIN			
Heimbewohner / Betreuung durch ambulanten Pflegedienst	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA: Name und Anschrift:	
Stationäre Krankenhaus- behandlung aufgrund COVID-19 ?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA von / seit _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Normalstation <input type="checkbox"/> Intensivstation	

## Fragebogen für COVID-19-Fälle

<b>Tätigkeit</b>			
Arbeitgeber (inkl. Telefonnummer)			
Berufliche Tätigkeit im medizinischen und/ oder pflegerischen Bereich	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA:	Letzter Arbeitstag: Verwendete Schutzausrüstung:	
Berufliche Tätigkeit mit Lebensmitteln nach § 42 IfSG ***	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA:	Letzter Arbeitstag: Verwendete Schutzausrüstung:	
Berufliche Tätigkeit im Kinder-/ Jugendbereich gemäß § 33 IfSG*	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA:	Letzter Arbeitstag: Verwendete Schutzausrüstung:	
Berufliche Tätigkeit in einer Asylbewerberunterkunft, Obdachlosenunterkunft, JVA gemäß § 36 IfSG**	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA:	Letzter Arbeitstag: Verwendete Schutzausrüstung:	
Betreuung in Gemeinschaftseinrichtung nach §33 IfSG*, wie Kinderkrippe, Kindergarten, Kindertagesstätte, Kinderhort, Schule, Heim, sonstige Ausbildungseinrichtung, Ferienlager	<input type="checkbox"/> JA, Name der Einrichtung		<input type="checkbox"/> NEIN
<b>Angehörige im selben Haushalt</b> (bitte auf Kontaktliste ebenfalls angeben!)	PartnerIn (inkl. Arbeitgeber)	<input type="checkbox"/> Symptome	<input type="checkbox"/> Testung
	Kind (+ Schule / Kiga)	<input type="checkbox"/> Symptome	<input type="checkbox"/> Testung
	Kind (+ Schule / Kiga)	<input type="checkbox"/> Symptome	<input type="checkbox"/> Testung
	Andere	<input type="checkbox"/> Symptome	<input type="checkbox"/> Testung
	Andere	<input type="checkbox"/> Symptome	<input type="checkbox"/> Testung
	Andere	<input type="checkbox"/> Symptome	<input type="checkbox"/> Testung

### Legende: IfSG (Infektionsschutzgesetz)

\* § 33 Gemeinschaftseinrichtungen: ... insbesondere Kinderkrippen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorte, Schulen, sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime, Ferienlager und ähnliche Einrichtungen

\*\*§ 36 (1) Einrichtungen: Obdachlosenunterkünfte, Gemeinschaftsunterkünfte für Asylbewerber, Spätaussiedler, Flüchtlinge, sonstige Massenunterkünfte, Justizvollzugsanstalten

\*\*\* § 42 Personen, die mit Bedarfsgegenständen, die für die dort genannten Tätigkeiten verwendet werden, so in Berührung kommen, dass eine Übertragung von Krankheitserregern auf die Lebensmittel im Sinne des Absatzes 2 zu befürchten ist.

Lebensmittel im Sinne des Absatzes 1 sind

1. Fleisch, Geflügelfleisch und Erzeugnisse daraus
2. Milch und Erzeugnisse auf Milchbasis
3. Fische, Krebse oder Weichtiere und Erzeugnisse daraus
4. Eiprodukte
5. Säuglings- und Kleinkindernahrung
6. Speiseeis und Speiseeishalberzeugnisse
7. Backwaren mit nicht durchgebackener oder durcherhitzter Füllung oder Auflage
8. Feinkost-, Rohkost- und Kartoffelsalate, Marinaden, Mayonnaisen, andere emulgierte Soßen, Nahrungshefen
9. Sprossen und Keimlinge zum Rohverzehr sowie Samen zur Herstellung von Sprossen und Keimlingen zum Rohverzehr.

## Fragebogen für COVID-19-Fälle

Freizeitgestaltung in den letzten Tagen		
<p>Feste/Feiern mit/ohne Tanz privater oder öffentlicher Raum</p> <p><input type="checkbox"/> JA:</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN</p>	<p>Letzter Besuch:</p> <p>Ort</p> <p>Schutzmaßnahmen</p> <p>Ansprechpartner:</p>	<p>Datum, Uhrzeit: _____ , _____</p> <p>(Lüften, AHA, Hygieneplan)</p> <p>Name und Anschrift:</p> <p>Telefonnummer</p>
<p>Sport Indoor/Outdoor Einzel/Team</p> <p><input type="checkbox"/> JA:</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN</p>	<p>Letzter Besuch:</p> <p>Ort</p> <p>Schutzmaßnahmen</p> <p>Ansprechpartner:</p>	<p>Datum, Uhrzeit: _____ , _____</p> <p>(Lüften, AHA, Hygieneplan)</p> <p>Name und Anschrift:</p> <p>Telefonnummer</p>
<p>Musik Proben Gesang</p> <p><input type="checkbox"/> JA:</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN</p>	<p>Letzter Besuch:</p> <p>Ort</p> <p>Schutzmaßnahmen</p> <p>Ansprechpartner:</p>	<p>Datum, Uhrzeit: _____ , _____</p> <p>(Lüften, AHA, Hygieneplan)</p> <p>Name und Anschrift:</p> <p>Telefonnummer</p>
<p>Messe Versammlungen Gottesdienst Sitzung</p> <p><input type="checkbox"/> JA:</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN</p>	<p>Letzter Besuch:</p> <p>Ort</p> <p>Schutzmaßnahmen</p> <p>Ansprechpartner:</p>	<p>Datum, Uhrzeit: _____ , _____</p> <p>(Lüften, AHA, Hygieneplan)</p> <p>Name und Anschrift:</p> <p>Telefonnummer</p>
<p>Nutzung von ÖPNV</p> <p><input type="checkbox"/> JA:</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN</p>	<p>Letzte Nutzung am:</p> <p>Art</p> <p>Strecke</p>	<p>Datum, Uhrzeit: _____ , _____</p> <p><input type="checkbox"/> Bus      <input type="checkbox"/> Zug      <input type="checkbox"/> andere: _____</p> <p>Von _____ nach _____</p>