|  |
| --- |
| **Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen! Kontaktpersonen COVID-19** Landratsamtslogo_brauchbarStand 2011-11-04 **Gesundheitsamt** |
| **Ihr Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Name, Vorname, Geburtsdatum **Telefonnummer (tagsüber) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Infektiöser Zeitraum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\*Art des Kontaktes:** a direkter Kontakt < 1,5m „face-to-face“ Kontaktb direkter Kontakt zu Sekreten (z.B. Küssen, Kontakt zu Erbrochenem, Mund-zu-Mund Beatmung, Anhusten, Anniesen, etc.)c indirekter Kontakt (> 30min im geschlossenen Raum)d Medizinisches Personal im Rahmen medizinischer Untersuchung (≤ 2m), ohne Schutzausrüstunge Medizinisches Personal im Rahmen von Pflege (≤ 2m), ohne Schutzausrüstungf Kontaktpersonen im Flugzeug |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kate-gorie****Typ I /****Typ II** | **Name, Vorname** **Anschrift (Kreis // Bundesland)E-MAIL** | **Mann ♂ (m)** **Frau ♀ (w)** | **Geburts-datum** | **gesundheitl. Risiken (chron. Erkrankung, Medikamente…)** | **Telefonnr. Festnetzt // Mobil** | **Beziehung z. Erkrankten (Frau, Kind, Arbeits­kollege etc.)** | **Wo fand der Kontakt statt? (Wohnung, Arbeit etc.)** | **Zeitpunkt des Kontakts** | **Art des Kontakts (a-d) \*** | **Dauer des Kontakts (in min.)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kate-gorie****Typ I /****Typ II** | **Name, Vorname** **Anschrift (Kreis // Bundesland)E-MAIL** | **Mann ♂ (m)** **Frau ♀ (w)** | **Geburts-datum** | **gesundheitl. Risiken (chron. Erkrankung, Medikamente…)** | **Telefonnr. Festnetzt // Mobil** | **Beziehung z. Erkrankten (Frau, Kind, Arbeits­kollege etc.)** | **Wo fand der Kontakt statt? (Wohnung, Arbeit etc.)** | **Zeitpunkt des Kontakts** | **Art des Kontakts (a-d) \*** | **Dauer des Kontakts (in min.)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Einfügen weitere Zeilen durch Tab-Taste möglich

**Fragen? Rufen Sie an: Gesundheitsamt Ravensburg: 0751/85-5311 oder Außenstelle Leutkirch: 07561/9820-5610**