|  |  |
| --- | --- |
| **Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen! Kontaktpersonen COVID-19** Landratsamtslogo_brauchbar  Stand 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“ Kontakt  b 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 Schutzausrüstung  e Medizinisches Personal im Rahmen von Pflege (≤ 2m), ohne Schutzausrüstung  f 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**