

Liste Kontaktpersonen - Kind

Bitte teilen sie uns in der folgenden Tabelle die Kontaktdaten der Personen und die Art des Kontaktes mit, mit denen Sie im vom Gesundheitsamt bestimmten Zeitraum Kontakt hatten.

Daten der SARS-CoV-2 positiv getesteten Person

Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift	Telefonnummer

Name	Vorname	Geburtsdatum	Anschrift	Name eines Sorgeberechtigten	Betreuung durch Sorgeberechtigten i. d. Zeit der Quarantäne	Telefon	Länge des Kontaktes in Minuten (kumulativ)	Abstand während des Kontaktes in cm	Tragen von Mund-Nasen-Bedeckung oder -schutz		Bemerkung
									beim Infizierten	beim Kontakt	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	