

Liste Kontaktpersonen

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		Telefon	Länge des Kontaktes in Minuten (kumulativ)	Abstand während des Kontaktes in cm	Tragen von Mund-Nasen-Bedeckung oder -schutz beim		Exposition im selben Raum?	Bemerkung
			Straße, Haus-Nr.	PLZ, Ort				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		