



Meldebogen für Kontaktpersonen

1. Angaben zur Person

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Kind >>>	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Name		Vorname		
Geburtsdatum		E-Mail		
Anschrift				
Telefon			Handy	
<input type="checkbox"/> geboostert	<input type="checkbox"/> „frisch“ ¹ geimpft	<input type="checkbox"/> geimpft, genesen	<input type="checkbox"/> „frisch“ ¹ genesen	
Name Mutter (Nur anzugeben bei Kind.)			Name Vater (Nur anzugeben bei Kind.)	

2. Beruf/Tätigkeit, Arbeitgeber, Schule, Kita

Beruf/Tätigkeit	Arbeitgeber/Schule/Kita
Anschrift (Arbeitgeber/Schule/Kita)	
letzter Arbeitstag/Schultag/Tag in der Kita	

3. Sachverhalt

Wer ist die positive Person?	
Name	Vorname
Anschrift	
Wann hatten Sie das letzte Mal Kontakt?	Wie lange? <input type="checkbox"/> im Freien <input type="checkbox"/> im geschlossenen Raum
Waren Sie geschützt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, womit? <input type="checkbox"/> MNS/FFP1 <input type="checkbox"/> FFP2/FFP3

4. Haben Sie Symptome?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, seit wann und welche?
---	--------------------------------

5. Haben Sie Risikofaktoren?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?
Hausarzt/Kinderarzt	
Hausarztkontakt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, bitte ankreuzen und ausfüllen. <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> persönlich wann:

6. Bemerkungen/Notizen

--

¹ wenn die Erkrankung/Impfung weniger als 3 Monate zurückliegt