

COVID-19 - Erklärung Kontaktperson

Kontaktperson	
Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift	
<input type="text"/>	
Telefonnummer	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Konnte bei Ihnen eine frühere COVID-19/Corona-Erkrankung durch ein positives PCR-Testergebnis nachgewiesen werden?	
Ja, mit Befund-Datum vom <input type="text"/>	
Nein	
Wurden Sie bereits geimpft?	
Ja	
Nein	
Datum der 1. Impfung	Impfstoff der 1. Impfung
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum der 2. Impfung	Impfstoff der 2. Impfung
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hatten Sie Kontakt zu einer gesichert an COVID-19 erkrankten Person?	
Ja	
Nein	
Erkrankte Person (Kontakt bestand zu nachfolgender an COVID-19 erkrankten Person)	
Familiename/Vorname:	
<input type="text"/>	
Wohnort	
<input type="text"/>	
Kontaktdatum/letzter Kontakt	
<input type="text"/>	
Kontaktsituation	
Hatten Sie engen Kontakt im Nahfeld (unter 1,5 Meter Abstand) zu der oben genannten gesichert an COVID-19 (Corona) erkrankten Person, wobei entweder Sie selbst oder die infizierte Person keine Mund-Nasen-Bedeckung getragen haben?	
Ja Zeitdauer: <input type="text"/>	
Nein	
Hatten Sie engen "Face-to-face-Kontakt" (unter 1,5 Meter Abstand) im Rahmen eines Gespräches, wobei entweder Sie selbst oder die infizierte Person keine Mund-Nasen-Bedeckung getragen haben, unabhängig von der Dauer des Gespräches?	
Ja	
Nein	
Hatten Sie Kontakt zu respiratorischen Sekreten (z. B. Kontakt zu Speichel durch Anniesen, Anhusten, Küssen)?	
Ja	
Nein	
Beschreibung der Kontaktsituation:	
<input type="text"/>	

Wohnen Sie mit der infizierten Person in einem Haushalt zusammen?

Ja

Nein

Konnten oder können Sie an sich selbst Symptome feststellen?

Ja folgende:

Nein

Welchen Beruf üben Sie aus?

Sind Sie damit einverstanden, Ihre Unterlagen (Bescheinigung über Quarantäne, Befunde) per E-Mail zu erhalten?

Ja

Nein