

## Ermittlungsbogen SARS-CoV-2 für:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bestätigter Fall                             | <input type="checkbox"/> 1. Impfung am <input type="text"/> mit <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> enge Kontaktperson                           | <input type="checkbox"/> 2. Impfung am <input type="text"/> mit <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Antigentest positiv am: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 3. Impfung am <input type="text"/> mit <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Selbsttest positiv am: <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/> 4. Impfung am <input type="text"/> mit <input type="text"/> |

zurückliegende CoV-2-Erkrankung am:

Name, Vorname: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Beruf/Tätigkeit/Schüler/Kindergarten .....
Geburtsdatum	Arbeitgeber/Institution/Schule/Kita ....
Anschrift:	<input type="checkbox"/> Unterbringung in Gemeinschaftseinrichtung <input type="checkbox"/> entfällt Art und Name der Einrichtung: _____
Telefon	E-Mail: _____

<input type="checkbox"/> <b>Kontakt zu</b> CoV-2-infizierter Person	Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____	Symptombeginn/ Testdatum: _____
--	--	------------------------------------

**Letzter persönlicher/direkter Kontakt mit CoV-2-infizierter Person am:**   Entfällt

### Kontaktort:

- |                                    |  |   |
|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> privat    | <input type="checkbox"/> häusliche Gemeinschaft          | <input type="checkbox"/> Krankenhaus, Pflege-/Altenheim, etc. _____ |
| <input type="checkbox"/> beruflich | <input type="checkbox"/> Firma, Schule, KiGa, etc. _____ | <input type="checkbox"/> private Feier                              |

### **Bestehen bereits akute Krankheitszeichen?**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ja seit wann: _____  | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> anderer: _____ |
| <input type="checkbox"/> Halsschmerzen  | <input type="checkbox"/> Fieber   |   |
| <input type="checkbox"/> Husten   | <input type="checkbox"/> allg. Krankheitsanzeichen<br>(Kopf-, Glieder-, Muskel-, Rückenschmerzen) |   |
| <input type="checkbox"/> Lungenentzündung   | <input type="checkbox"/> Durchfall  |   |
| <input type="checkbox"/> Schnupfen  | <input type="checkbox"/> Verlust des Geruchs-/Geschmackssinnes                                    |   |
| <input type="checkbox"/> Atemprobleme   |   |   |
| <input type="checkbox"/> weitere: _____   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <b>NEIN</b>  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <b>JA</b> wo: _____ von: _____ bis: _____          |   |   |
| <input type="checkbox"/> wegen Covid-19 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Intensivstation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                        |   |

### **PCR-Untersuchung auf SARS-CoV-2:**

- bereits durchgeführt am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_ Ergebnis:  positiv  negativ

**Gesundheitliche Grunderkrankungen:**  nein  ja, welche, \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung (incl. Bluthochdruck):	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung:
<input type="checkbox"/> Diabetes:	<input type="checkbox"/> Neurologische/Neuromuskuläre Erkrankung:
<input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen:	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung:
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft (unter Angabe Trimester)	<input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankungen:

**Einreise - Bestätigter Fall**

Einreise am: \_\_\_\_\_

Dauer der Reise von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Land / Region / Ort: \_\_\_\_\_

Unterkunftsart: \_\_\_\_\_

Anschrift der Unterkunft: \_\_\_\_\_

Bemerkungen (bitte immer mit **Name** und **Datumsangabe**):