

Fragebogen für potenzielle enge Kontaktpersonen von mit COVID-19 infizierten Personen			
Name, Vorname:			
Geburtsdatum:			
Anschrift:			
Telefon:		E-Mail:	
Hatten Sie Kontakt zu einer gesichert an COVID-19 erkrankten Person?		Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Falls <b>ja</b> , bitte folgende Daten (sofern bekannt) des/der Erkrankten angeben:			
Name, Vorname:			
Anschrift:			
Telefon:		E-Mail:	
Wann und wo fand(en) der/die Kontakt/e statt?			
<b>Ich bin tätig/ besuche folgende Einrichtung</b> (Schule / Kita, Altenpflege, Betreuung, med. Einrichtung etc.):			
Name der Einrichtung			
Anschrift:			
Telefon:		E-Mail:	
Können Sie Ihren Kontakt einen der aufgeführten Situationen zuordnen:		Nein	Ja
<b>Situation 1</b> enger Kontakt mit infizierter Person (< 1,5 m, Nahfeld länger als 10 min) ohne ausreichenden Schutz (MNS)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Situation 2</b> Gespräch mit infizierter Person in einem Abstand <1,5 unabhängig von der Gesprächsdauer ohne ausreichenden Schutz (MNS)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Situation 3</b> Gleichzeitiger Aufenthalt mit einer infizierten Person im selben Raum bei einer wahrscheinlich hohen Konzentration an Aerosolen unabhängig vom Abstand. Dabei richtet sich die Einstufung der hohen Konzentration an Aerosolen nach der Raumgröße sowie der Lüftungssituation.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das RKI benennt ergänzend zu dieser Definition folgende beispielhafte Konstellationen für enge Kontaktpersonen. Trifft hiervon etwas auf Sie zu?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personen aus dem selben Haushalt</li> <li>- Personen mit direktem Kontakt zu Körperflüssigkeiten (Küssen, Anhusten, zu Erbrochenem, Mund- zu- Mund-Beatmung)</li> <li>- Personen die infektiösen Aerosolen in Räumen ohne ausreichendes Lüften ausgesetzt waren (Feiern, gemeinsames Singen, Sport)</li> <li>- Personen, die mit Infizierten in einem Flugzeug in derselben Reihe oder zwei Reihen davor oder dahinter gesessen haben</li> <li>- schwer zu überblickende Kontaktsituation (z.B. Schulklassen, gemeinsames Schulessen, Gruppenveranstaltungen)</li> </ul>			
Konnten Sie an sich selbst folgende Symptome feststellen? (Mehrfachnennungen möglich)			
Fieber <input type="checkbox"/> ___°C    Husten <input type="checkbox"/> Halsschmerzen <input type="checkbox"/> Atembeschwerden <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/>			
fehlender Geruchs-/ Geschmackssinn <input type="checkbox"/>			
Falls ja, seit wann?			
Waren Sie selbst bereits schon einmal positiv getestet?		Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wann und wo? _____	
Sind Sie bereits geimpft?		Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wann?(1)_____ (2)_____	
Benötigen Sie eine Bescheinigung für Ihren Arbeitgeber?		Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Bitte senden Sie diesen Fragebogen an:		<a href="mailto:Corona-Hotline@lkspn.de">Corona-Hotline@lkspn.de</a>	
Das Team des Gesundheitsamtes Spree-Neiße wird Kontakt zu Ihnen aufnehmen, falls konkreter Handlungsbedarf besteht.			