

Nachname:

Vorname:

Tel.Nr.:

Adresse:

## **Kontaktpersonen-Liste – Teil I für bestätigte Fälle einer Infektion mit SARS-CoV-2/Erkrankte Personen**

Bitte **sofort** ausfüllen und an das Gesundheitsamt zurücksenden (Kontakt siehe unten).

Bitte tragen Sie **jeweils oben** auf jeder Seite Ihren **eigenen Namen und Ihre vollständigen Kontaktdaten** ein.

Führen Sie in dieser Liste ab 2 Tage vor Symptombeginn / bei fehlenden Symptomen ab 2 Tage vor dem positiven Test bis zum Zeitpunkt des Ausfüllens namentlich die Personen auf, mit denen Sie während dieser Zeit **engen, persönlichen Kontakt** hatten.

Bitte geben Sie an, wenn die Person, zu der Sie Kontakt hatten, einer Tätigkeit in einem medizinischen oder pflegerischen Bereich nachgeht (z.B. Altenpflege, Arzt, Krankenpflege, Rettungswesen etc.) oder in einer Gemeinschaftseinrichtung (z.B. Flüchtlingsunterkunft, Kita, Schule etc.) arbeitet. Wenn möglich mit Name und Adresse der Einrichtung, um die es sich handelt.

### **Art des Kontaktes**

- S** Mindestens 15-minütiger persönlicher Sprechkontakt z.B. im Rahmen eines Gesprächs. Dazu gehören z.B. Personen aus Lebensgemeinschaften im selben Haushalt.
- K** Direkter Kontakt zu Körperflüssigkeiten/ Sekreten, wie z.B. Küssen, Kontakt zu Erbrochenem, Mund-zu-Mund Beatmung, Anhusten, Anniesen, etc.
- P** Pflegerische Handlung oder medizinische Behandlung
- And** Andere Art von Kontakt (bitte eintragen, welcher)

<b>Datum (letzter Kontakt)</b>	<b>Kontakt- art (S, K, P, And)</b>	<b>Vor- und Nachname</b>	<b>Geb. -Datum</b>	<b>Anschrift (Straße, HNr., PLZ, Ort)</b>	<b>Tel.-Nr.</b>	<b>Tätigkeit in med. Beruf  (mit Name und Adresse des Ar- beitgebers/ der Einrichtung)</b>	<b>Tätigkeit in Gemeinschafts- einrichtung  (mit Name und Adresse des Ar- beitgebers/ der Einrichtung)</b>

Nachname:

Vorname:

Tel.Nr.:

Adresse:

<b>Datum (letzter Kontakt)</b>	<b>Kontakt- art (S, K, P, And)</b>	<b>Vor- und Nachname</b>	<b>Geb. -Datum</b>	<b>Anschrift (Straße, HNr., PLZ, Ort)</b>	<b>Tel.-Nr.</b>	<b>Tätigkeit in med. Beruf</b>  (mit Name und Adresse des Ar- beitgebers/ der Einrichtung)	<b>Tätigkeit in Gemeinschafts- einrichtung</b>  (mit Name und Adresse des Ar- beitgebers/ der Einrichtung)

Nachname:

Vorname:

Tel.Nr.:

Adresse:

<b>Datum (letzter Kontakt)</b>	<b>Kontakt- art (S, K, P, And)</b>	<b>Vor- und Nachname</b>	<b>Geb. -Datum</b>	<b>Anschrift (Straße, HNr., PLZ, Ort)</b>	<b>Tel.-Nr.</b>	<b>Tätigkeit in med. Beruf</b>  (mit Name und Adresse des Ar- beitgebers/ der Einrichtung)	<b>Tätigkeit in Gemeinschafts- einrichtung</b>  (mit Name und Adresse des Ar- beitgebers/ der Einrichtung)

**Diese Liste senden Sie sofort an das zuständige Gesundheitsamt zurück.**

Per E-Mail an: [coronavirus@rhein-sieg-kreis.de](mailto:coronavirus@rhein-sieg-kreis.de)

Per Fax an: [02241-13-3181](tel:02241-13-3181)

Per Post an: Gesundheitsamt  
Abteilung für Hygiene und Infektionsschutz 53.2  
Kaiser-Wilhelm-Platz 1  
53721 Siegburg