



Datenerfassungsbogen

In jedem Fall senden an: Fax (089) 233 - 4 78 07 oder corona-ip@muenchen.de

Persönliche Daten der infizierten Person	
Nachname, Vorname	<input type="text"/> Geburtsdatum: <input type="text"/>
Anschrift (Straße/Nr, PLZ, Ort)	<input type="text"/>
Abweichender Aufenthaltort	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Anschrift: <input type="text"/>
Telefonnummer/ Handy	<input type="text"/>
Weitere Telefonnummern / Ansprechpartner *innen	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Risikofaktoren	Hatten Sie innerhalb der letzten 6 Monaten eine der folgenden Spenden erhalten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Blutspende <input type="checkbox"/> Organspende <input type="checkbox"/> Gewebespende
Testung	Der positive Test wurde durchgeführt am: durch <input type="checkbox"/> Hausarzt: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Teststation <input type="checkbox"/> Kassenärztl. Bereitschaftsdienst (116117) <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/> Testgrund <input type="checkbox"/> Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person <input type="checkbox"/> Krankheitssymptome <input type="checkbox"/> Reiserückkehrer <input type="checkbox"/> Reihentestung <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>
Covid-19- Impfung	Wurden Sie bereits gegen Covid-19 geimpft? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, füllen Sie bitte folgende Fragen aus. Wie häufig wurden Sie bereits geimpft? <input type="text"/> Wann erfolgte die letzte Impfung? <input type="text"/> Mit welchem Impfstoff wurde Sie geimpft? <input type="text"/>

Symptome	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Symptombeginn: <input type="text"/> Symptomende: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Lungenentzündung <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Geschmacks/Geruchsverlust <input type="checkbox"/> Halsschmerzen <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen/Durchfall <input type="checkbox"/> Schnupfen <input type="checkbox"/> Kopf-Gliederschmerzen <input type="checkbox"/> Atemnot Sonstiges: <input type="text"/> <input type="checkbox"/>
Gesundheitliche Informationen	Vorerkrankungen: <input type="checkbox"/> Herz/Gefäße <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Niere <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Nerven <input type="checkbox"/> Krebserkrankung <input type="checkbox"/> Immunschwäche <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/> Liegt eine Schwangerschaft vor: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, voraus. Entbindungstermin: Betreut durch Pflegedienst: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher: <input type="text"/>
Zugehörigkeit zur Bundeswehr	Sind Sie der Bundeswehr zugehörig? <input type="checkbox"/> Nein, kein Bezug zur BW <input type="checkbox"/> Zivilperson tätig/untergebracht in Einrichtung der BW <input type="checkbox"/> Soldat/BW- Angehöriger
Infektionsquelle	Die Infektionsquelle ist bekannt: <input type="checkbox"/> Ja → Name, Anschrift, Tel.Nr. der Person, Datum des Kontaktes oder Ereignis: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein: Mögliche Infektionsquellen in den 14 Tagen vor Symptombeginn: <input type="checkbox"/> Nutzung öffentl. Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> private Feier/Treffen <input type="checkbox"/> Termine mit engem Kontakt (Friseur, Kosmetik etc) <input type="checkbox"/> Behandlungen, Therapien (Zahnarzt, Physio etc.) <input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="text"/>
Aktueller Klinikaufenthalt im Zusammenhang mit COVID-19	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Aufnahmetag: <input type="text"/> Entlassdatum: <input type="text"/> Klinik: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/>

	Station: <input type="text"/>
Auslands- aufenthalt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja: <input type="text"/> Land: <input type="text"/> Einreise nach Deutschland am: <input type="text"/> Durchreise-Land: <input type="text"/> Verkehrsmittel: <input type="text"/> Bei Flug: Airline/ Flugnr., Sitzplatz, Abflug- und Ankunftszeit, Datum des Fluges: <input type="text"/> Bei Bus: ggf. Reiseveranstalter, Busunternehmen, Datum der Busreise: <input type="text"/>
Tätigkeit	<input type="checkbox"/> nicht berufstätig <input type="checkbox"/> Lehr-Erziehungsdienst <input type="checkbox"/> Laborpersonal <input type="checkbox"/> medizinische Einrichtung (Praxis, Klinik, Heim etc) <input type="checkbox"/> Feuerwehr/Polizei <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsunterkunft/Wohnheim <input type="checkbox"/> Stadtwerke/ÖPNV/Bestattung/Ordnungsamt <input type="checkbox"/> Hotel/Restaurant/Freizeiteinrichtung Beruf: <input type="text"/> letzter Arbeitstag: <input type="text"/>
Arbeitgeber*in	Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Telefonnummer: <input type="text"/> Email: <input type="text"/> Weitere Arbeitgeber*innen: <input type="text"/> <input type="text"/>

Gemeinschafts- einrichtung	Besuch von <input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Telefonnummer: <input type="text"/> E-Mail: <input type="text"/>
Quarantäne	1. Tag der häuslichen Absonderung: <input type="text"/>

Haushaltsmitglieder

Haushalts- angehörige <i>Wichtig: sind als enge Kontaktpersonen für 14 Tage nach Symptombeginn der erkrankten Person in Quarantäne</i>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, nämlich: <input type="text"/> Vorname, Nachname (wenn abweichend), Geburtsdatum, Beruf oder Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung (Kita/Kindergarten/Schule) <input type="text"/> Liegen bei jemandem Symptome vor: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: <input type="text"/>
--	--

Organisatorisches

Ermittlung der Kontaktpersonen	Gibt es Kontaktpersonen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, dann erstellen Sie bitte eine Liste mit allen Kontaktpersonen, die Sie in den 2 Tagen vor Symptombeginn (oder bei Symptombefreiheit vor Abstrichentnahme) gesehen haben und mindestens einer der folgenden Punkte zutrifft (auch kumulativ): <input type="checkbox"/> < 1,5m Abstand > 10 Min (auch kumulativ) oder ein Gespräch mit der infizierten Person
-----------------------------------	---

	<p><input type="checkbox"/> > 10 Min gemeinsam Sport/Singen/Feiern (im schlecht belüfteten Innenraum) auch wenn durchgehen Mund-Nasen-Schutz oder eine FFP2-Maske getragen wurde</p> <p><input type="checkbox"/> keine engen Kontaktpersonen vorhanden</p> <p>Tragen Sie die Daten in die beigefügte Liste und senden Sie die Liste an die angegebene Emailadresse (corona-information-kontaktpersonen@muenchen.de)</p>
<p>Kontakt- daten des Gesundheits- referats</p>	<p>Bitte senden Sie diesen ausgefüllten Bogen an folgende Emailadresse: corona-ip@muenchen.de Hotline des Gesundheitsamtes München: 089-233 96333</p>