



## Datenerfassungsbogen

In jedem Fall senden an: Fax (089) 233 - 4 78 07 oder [corona-ip@muenchen.de](mailto: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 Aufenthaltsort	<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"/>
Wohnform	<input type="checkbox"/> Haus/Wohnungen <input type="checkbox"/> Wohnheim/Gemeinschaftsunterkunft <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendheim <input type="checkbox"/> Obdachlos <input type="checkbox"/> Heim (Pflege-, Seniorenheim etc.) <input type="checkbox"/> Sonstiges
Risikofaktoren	Haben 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.

	<p>Wie häufig wurden Sie bereits geimpft?  <input type="text"/></p> <p>Wann erfolgte die letzte Impfung?  <input type="text"/></p> <p>Mit welchem Impfstoff wurde Sie geimpft?  <input type="text"/></p>
Symptome	<p><input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Symptombeginn: <input type="text"/></p> <p>Symptomende: <input type="text"/></p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/></p>
Gesundheitliche Informationen	<p>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</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/></p> <p>Liegt eine Schwangerschaft vor:  <input type="checkbox"/> Nein      <input type="checkbox"/> Ja, voraus. Entbindungstermin:</p> <p>Betreut durch Pflegedienst:  <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja, welcher: <input type="text"/></p>
Zugehörigkeit zur Bundeswehr	<p>Sind Sie der Bundeswehr zugehörig?  <input type="checkbox"/> Nein, kein Bezug zur Bundeswehr  <input type="checkbox"/> Zivilperson tätig/untergebracht in Einrichtung der Bundeswehr  <input type="checkbox"/> Soldat/Bundeswehr- Angehöriger</p>
Infektionsquelle	<p>Die Infektionsquelle ist bekannt:  <input type="checkbox"/> Ja → Name, Anschrift, Tel.Nr. der Person, Datum des Kontaktes oder Ereignis:  <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Nein:</p> <p>Mögliche Infektionsquellen in den 14 Tagen vor Symptombeginn bzw. dem Tag der positiven Testung:  <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.)</p>

	<input type="checkbox"/> Diskothek/Club/Bar <input type="checkbox"/> Restaurant <input type="checkbox"/> Arbeitsumfeld (z.B. bei Meetings, in der Kantine, im Büro oder bei Treffen) <input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="text"/>
Stationäre Behandlung	Sind oder waren Sie <b>aufgrund</b> einer Covid-19 Infektion in stationärer Behandlung? <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"/>  Sind oder waren Sie in den letzten 14-Tagen <b>unabhängig</b> einer Covid-19 Infektion in stationärer Behandlung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Auslandsaufenthalt in den letzten 14 Tagen?	<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: <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
Gemeinschafts- einrichtung	Besuch von <input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Sonstiges: <div style="border: 1px solid black; width: 400px; height: 30px; display: inline-block;"></div>  Anschrift: <div style="border: 1px solid black; width: 500px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Telefonnummer: <div style="border: 1px solid black; width: 400px; height: 20px; display: inline-block;"></div> E-Mail: <div style="border: 1px solid black; width: 450px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
Quarantäne	1. Tag der häuslichen Absonderung: <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
<b>Haushaltsmitglieder</b>	
Haushalts- angehörige  <i>Wichtig: sind als enge Kontaktpersonen für 10 Tage nach Symptombeginn der erkrankten Person in Quarantäne</i>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, nämlich: <div style="border: 1px solid black; width: 250px; height: 20px; display: inline-block;"></div>  Vorname, Nachname (wenn abweichend), Geburtsdatum, Beruf oder Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung (Kita/Kindergarten/Schule) <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>  Ist eine Absonderung innerhalb des Haushaltes möglich (ständiger Aufenthalt/Essen in eigenem Zimmer usw.)?  <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja  Liegen bei jemandem Symptome vor: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 100px; display: inline-block;"></div>

Organisatorisches	
Ermittlung der Kontaktpersonen	<p><b>Gibt es Kontaktpersonen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein                      <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> &lt; 1,5m Abstand &gt; 10 Min (auch kumulativ) oder ein Gespräch mit der infizierten Person</p> <p><input type="checkbox"/> &gt; 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"/> <b>keine engen Kontaktpersonen vorhanden</b></p> <p><b>Haben Sie in den letzten 14 Tagen eine Form der digitalen Kontaktverfolgung verwendet (z.B. Luca-App, darfichrein usw.)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein    <input type="checkbox"/> Ja, am <input style="width: 150px;" type="text"/></p>
Kontaktdaten des Gesundheitsreferats	<p>Bitte senden Sie diesen ausgefüllten Bogen an folgende Emailadresse: <a href="mailto:corona-ip@muenchen.de">corona-ip@muenchen.de</a></p> <p>Hotline des Gesundheitsamtes München: 089-233 96333</p>

Herausgeberin: Landeshauptstadt München, Gesundheitsreferat, Bayerstr. 28a, 80335 München  
muenchen.de/gsr, Stand: Oktober 2021