



Datenerfassungsbogen

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

Persönliche Daten der infizierten Person	
Nachname, Vorname	Geburtsdatum:
Anschrift (Straße/Nr, PLZ, Ort)	
Abweichender Aufenthaltort	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Anschrift:
Telefonnummer/ Handy	
Weitere Telefonnummern/ Ansprechpartner *innen	
E-Mail	
Wohnform	<input type="checkbox"/> Haus/Wohnung <input type="checkbox"/> Wohnheim/Gemeinschaftsunterkunft <input type="checkbox"/> Heim (Pflege-, Seniorenheim etc.) <input type="checkbox"/> Kinder- Jugendheim <input type="checkbox"/> obdachlos <input type="checkbox"/> Sonstiges:
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: letzter Arbeitstag:
Arbeitgeber*in	Name: Anschrift: Telefonnummer: E-Mail: Weitere Arbeitgeber*innen:
Gemeinschafts- einrichtung	Besuch von <input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Schule

	<input type="checkbox"/> Sonstiges: Anschrift: Telefonnummer: E-Mail:
--	--

Medizinische Informationen			
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: 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:		
Symptome	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Symptombeginn: Symptomende: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Halsschmerzen <input type="checkbox"/> Schnupfen <input type="checkbox"/> Atemnot </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Lungenentzündung <input type="checkbox"/> Geschmacks/Geruchsverlust <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen/Durchfall <input type="checkbox"/> Kopf-Gliederschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges: </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Halsschmerzen <input type="checkbox"/> Schnupfen <input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung <input type="checkbox"/> Geschmacks/Geruchsverlust <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen/Durchfall <input type="checkbox"/> Kopf-Gliederschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Halsschmerzen <input type="checkbox"/> Schnupfen <input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Lungenentzündung <input type="checkbox"/> Geschmacks/Geruchsverlust <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen/Durchfall <input type="checkbox"/> Kopf-Gliederschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
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? _____ Wann erfolgte die letzte Impfung? _____ Mit welchem Impfstoff wurde Sie geimpft? _____		
Aktueller Klinikaufenthalt im Zusammenhang mit COVID-19	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Aufnahme-tag: Entlassdatum: Klinik: Anschrift: Station:		
Testung	Der positive Test wurde durchgeführt am: durch <input type="checkbox"/> Hausärzt*in:		

Organisatorisches	
Ermittlung der Kontaktpersonen	<p>Gibt es Kontaktpersonen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, dann erstellen Sie bitte eine Liste mit allen Kontaktpersonen, die Sie in den 2 Tagen vor Symptombeginn (oder bei Symptommfreiheit vor Abstrichentnahme) gesehen haben und mindestens einer der folgenden Punkte zutrifft (auch kumulativ):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> < 1,5m Abstand > 10 Min (auch kumulativ) oder ein Gespräch mit der infizierten Person <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 <input type="checkbox"/> keine engen Kontaktpersonen vorhanden <p>Tragen Sie die Daten der Kontaktpersonen in die beigefügte Liste und senden Sie diese an die Adresse corona-ip@muenchen.de</p>
Kontaktdaten des Gesundheitsreferats	<p>Bitte senden Sie diesen ausgefüllten Bogen und Ihre Kontaktpersonenliste an folgende E-Mail-Adresse: corona-ip@muenchen.de Allgemeine Servicehotline Corona München: (089) 233 - 9 63 33</p>