



Kontaktpersonenliste	
Persönliche Daten der infizierten Person	
Nachname, Vorname	Geburtsdatum:
Anschrift (Straße/Nr, PLZ, Ort)	
Abweichender Aufenthaltsort	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Anschrift:
Telefonnummer/ Handy	
Weitere Telefonnummern/A nsprechpartner	
Email	
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	Name: Anschrift: Telefonnummer: Email: Weitere Arbeitgeber:
Gemeinschafts- einrichtung	Besuch von <input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Sonstiges: Anschrift: Telefonnummer: Email:

Medizinische Informationen

Gesundheitliche Informationen	<p>Vorerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Herz/Gefäße <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Niere <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Nerven</p> <p><input type="checkbox"/> Krebserkrankung <input type="checkbox"/> Immunschwäche</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p> <p>Liegt eine Schwangerschaft vor:</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, voraus. Entbindungstermin:</p> <p>Betreut durch Pflegedienst:</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher:</p>
Symptome	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Symptombeginn: Symptomende:</p> <p><input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Lungenentzündung</p> <p><input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Geschmacks/Geruchsverlust</p> <p><input type="checkbox"/> Halsschmerzen <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen/Durchfall</p> <p><input type="checkbox"/> Schnupfen <input type="checkbox"/> Kopf-Gliederschmerzen</p> <p><input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>
Aktueller Klinikaufenthalt im Zusammenhang mit COVID-19	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Aufnahmetag: Entlassdatum:</p> <p>Klinik:</p> <p>Anschrift:</p> <p>Station:</p>
Testung	<p>Der positive Test wurde durchgeführt am:</p> <p>durch</p> <p><input type="checkbox"/> Hausarzt:</p> <p><input type="checkbox"/> Teststation <input type="checkbox"/> Kassenärztl. Bereitschaftsdienst (116117)</p> <p><input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Sonstiges:</p> <p>Testgrund</p> <p><input type="checkbox"/> Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person</p> <p><input type="checkbox"/> Krankheitssymptome <input type="checkbox"/> Reiserückkehrer <input type="checkbox"/> Reihentestung</p>
Infektionsquelle	<p>Die Infektionsquelle ist bekannt:</p> <p><input type="checkbox"/> ja → Name, Anschrift, Tel.Nr. der Person, Datum des Kontaktes oder Ereignis:</p> <p><input type="checkbox"/> nein:</p> <p>Mögliche Infektionsquellen in den 14 Tagen vor Symptombeginn:</p> <p><input type="checkbox"/> Nutzung öffentl. Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> private Feier/Treffen</p> <p><input type="checkbox"/> Termine mit engem Kontakt (Friseur, Kosmetik etc)</p> <p><input type="checkbox"/> Behandlungen, Therapien (Zahnarzt, Physio etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiges</p>
Quarantäne	<p>1. Tag der häuslichen Absonderung:</p>

Haushaltsmitglieder	
Haushalts-angehörige <i>Wichtig: sind als enge Kontaktpersonen für 14 Tage nach Symptombeginn der erkrankten Person in Quarantäne</i>	Vorname, Nachname (wenn abweichend), Geburtsdatum, Beruf oder Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung (Kita/Kindergarten/Schule) Wohnfläche/Zimmer: Häusliche Abtrennung (ständiger Aufenthalt/Essen im eigenen Zimmer) möglich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Liegen bei jemandem Symptome vor: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei:
Organisatorisches	
Ermittlung der Kontaktpersonen	Bitte erstellen Sie 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): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> < 1,5m Abstand > 15 Min (auch kumulativ) <input type="checkbox"/> > 15 Min gemeinsam Sport/Singen/Feiern (im schlecht belüfteten Innenraum) <input type="checkbox"/> < 1,5m Abstand > 30 Min mit Maske bei beiden Beteiligten (z. B. Essen, Gespräch, gemeinsame Pause/Arbeit...) Tragen Sie die Daten in die beigefügte Liste und senden Sie die Liste an die angegebene Emailadresse (corona-ip@muenchen.de)
Kontaktdaten des Gesundheitsamtes	Bitte senden Sie diesen ausgefüllten Bogen an folgende Email-Adresse: corona-ip@muenchen.de Servicehotline Corona München: 089-233 96333