

**Infizierte Person:****Ihre persönliche Daten als Kontaktperson**

<b>Nachname, Vorname</b>	<input type="text"/>	<b>Geburtsdatum:</b> <input type="text"/>
<b>Anschrift</b> (Straße/Nr, PLZ, Ort)	<input type="text"/>	
<b>Abweichender Aufenthaltsort</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Anschrift: <input type="text"/>	
<b>Telefonnummer/ Handy</b>	<input type="text"/>	
<b>Weitere Telefonnummern/ Ansprechpartner</b>	<input type="text"/>	
<b>Email</b>	<input type="text"/>	
<b>Wohnform</b>	<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:	
<b>Tätigkeit</b>	<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"/>	
<b>Arbeitgeber</b>	Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Telefonnummer: <input type="text"/> E-Mail: <input type="text"/> Weitere Arbeitgeber: <input type="text"/>	
<b>Gemeinschafts- einrichtung</b>	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"/> Email: <input type="text"/>
Impfung	Zweite Impfung erhalten? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, wann (Impftermin): <input type="text"/> mit welchem Impfstoff: <input type="text"/>  <input type="checkbox"/> BioNTech <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> Moderna
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 <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>
Stationäre Behandlung	Ich befinde mich derzeit stationär in Behandlung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja  Wenn ja, in welcher Klinik: <input type="text"/>
<b>Kontaktsituation zur infizierten Person</b>	
	Bitte kreuzen Sie an, welche Punkte bezüglich der Art des Kontakts zur infizierten SARS-CoV-2 Person zutreffen:  <input type="checkbox"/> < 1,5m Abstand und > 10 Min (auch kumulativ) ohne durchgehend und korrekt getragene Maske <b>bei beiden</b> <input type="checkbox"/> Gespräch < 1,5 m Abstand ohne durchgehend und korrekt getragene Maske <b>bei beiden</b> <input type="checkbox"/> > 10 Min Aufenthalt im gleichen Raum mit wahrscheinlich hoher Aerosolkonzentration, z.B. bei gemeinsamem Sport/Singen/Feiern (im Innenraum), auch <b>mit</b> Mund-Nasen-Schutz oder FFP2-Maske  <input type="checkbox"/> gemeinsamer Hausstand <input type="checkbox"/> Arbeitsstätte <input type="checkbox"/> private Feier (Hochzeit, Geburtstag, Trauerfeier, etc) <input type="checkbox"/> > 5 Personen <input type="checkbox"/> > 50 Personen <input type="checkbox"/> > 10 Personen <input type="checkbox"/> > 100 Personen

	<input type="checkbox"/> > 20 Personen <input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Restaurant <input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> andere Situation: <input data-bbox="790 264 1428 336" type="text"/>
<b>Kontakt daten des Gesundheits- amtes</b>	Bitte senden Sie diesen ausgefüllten Bogen an folgende Emailadresse: <a href="mailto:corona-information-kontaktpersonen@muenchen.de">corona-information-kontaktpersonen@muenchen.de</a> Hotline des Gesundheitsamtes München: 089-233 96333