

Datenerfassungsbogen enge Kontaktpersonen (KP1)

Angaben zur infizierten Person:

Ihre persönliche Daten als Kontaktperson:

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	<input type="text"/>	
Email	<input type="text"/>	
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: <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	Name: <input type="text"/> Anschrift: <input type="text"/> Telefonnummer: <input type="text"/> Email: <input type="text"/> Weitere Arbeitgeber: <input type="text"/>	
Gemeinschaftsei- nrichtung	Besuch von <input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Sonstiges: Anschrift: <input type="text"/> Telefonnummer: <input type="text"/> Email: <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 <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/>
Kontaktsituation zur infizierten Person	
	Bitte kreuzen Sie an, welche Punkte bezüglich der Art des Kontakts zur infizierten SARS-CoV-2 Person zutreffen: <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...) <input type="checkbox"/> gemeinsamer Hausstand <input type="checkbox"/> häusliches Umfeld <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 type="text"/>
Kontaktdaten des Gesundheitsamtes	Bitte senden Sie diesen Bogen an folgende Emailadresse: corona-information-kontaktpersonen@muenchen.de Hotline des Gesundheitsamtes München: 089-233 96333