

Ermittlungsbogen SARS-CoV-2 für positiv getestete Personen per Antigen-Test/Schnelltest

1. Angaben zur positiv getesteten Person

Name:		Vorname:			
Geb.dat.		Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
PLZ:		Ort:			
Straße:					
Tel.-Nr.:					
E-Mail:					
betreut in: (z. B. Schule, Kita, Hort, APH, JVA, Flüchtlingsunterkunft, Kinder- oder Behindertenheim)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ->	Name der Einrichtung:			
		Anschrift der Einrichtung:			
		letzter Besuch:			
Kontakt Daten Haus-/ Kinderarzt:					
ggf. Personensorgeberechtigte (z.B. Eltern, Betreuer, Vormund):					
Name:		Vorname:			
PLZ:		Ort:		Straße:	
Name:		Vorname:			
PLZ:		Ort:		Straße:	

2. Befunddaten

Abstrichdatum:		Testzentrum/Ort der Durchführung des Antigen-Test:	
Wahrscheinlicher Expositionsort: (z.B. Schule, Arbeitsstelle, privater Haushalt etc.)			

3. Symptome / klinische Informationen / Ereignisbeginn

3.1 Können/Konnten Sie an sich selbst <u>Symptome</u> feststellen?				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?:	Wenn ja, seit wann (Datum):				
	<input type="checkbox"/> Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Pneumonie (Lungenentzündung)	<input type="checkbox"/> Schnupfen	
	<input type="checkbox"/> akutes schweres Atemwegssyndrom		<input type="checkbox"/> beatmungspflichtige Erkrankung	<input type="checkbox"/> Atemstörung	
	<input type="checkbox"/> Fieber (>38 °C) 39 -40 °		<input type="checkbox"/> allgemeine Krankheitszeichen	<input type="checkbox"/> Durchfall	
	<input type="checkbox"/> Geruchsverlust	<input type="checkbox"/> Geschmacksverlust	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> beschleunigte Atmung	
Sonstiges (bitte angeben):					

4. Grunderkrankungen oder Risikofaktoren

Bestehen Grunderkrankungen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche?	<input type="checkbox"/> Herzkreislauferkrankung (z.B. Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung
	<input type="checkbox"/> neurologische/neuromuskuläre Erkrankung (z.B. Parkinson)	<input type="checkbox"/> Immunschwäche inkl. HIV	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung
	<input type="checkbox"/> chron.Lungen-erkrankung (z.B. COPD)	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	
	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Wochenbett (nach Geburt weniger als 6 Wochen)	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben):		

5. Beruf/Tätigkeit (sofern zutreffend)

Welchen Beruf/welche Tätigkeit üben Sie einen aus?						
Beruf/Tätigkeit:		Arbeitsstelle:				
letzte(r) Arbeitstag:						
Schutzmaßnahmen	<input type="checkbox"/> OP(MSN)-/FFP1 - Maske	<input type="checkbox"/> FFP2 - Maske	<input type="checkbox"/> FFP3 - Maske	<input type="checkbox"/> Schutzkittel	<input type="checkbox"/> Handschuhe	<input type="checkbox"/> Schutzbrille

6. Kontakt zu weiteren Personen

Hatten Sie Kontakt zu weiteren Personen? (Beachten Sie bitte die dazugehörigen Hinweise auf dem Infoschreiben)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja ->	Kontaktpersonen und Daten per <i>Kontaktpersonenliste</i> benennen.		

7. Bemerkungen

--

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Ermittlungsbogen und die Kontaktpersonenliste per Mail an das Gesundheitsamt Meißen.

Die Mailadresse lautet: corona@kreis-meissen.de .

Vielen Dank!