



## Fragebogen für potenzielle Kontaktpersonen von mit dem Coronavirus infizierten Personen

Name, Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Anschrift:

---

Telefon:

E-Mail:

---

1. Hatten Sie Kontakt zu einer gesichert an COVID-19 erkrankten Person?

Nein  Ja

2. Falls ja, bitte Name und Telefonnummer (sofern bekannt) des/der Erkrankten angeben:

---

3. Wann und wo fand(en) der/die Kontakte statt?

---

4. Hatten Sie insgesamt mindestens 15-minütigen Gesichts- ("face-to-face") Kontakt - z. B. im Rahmen eines Gesprächs - zu einer gesichert an COVID-19 erkrankten Person?

Nein  Ja

5. Hatten Sie 30-minütigen Kontakt zu Personen in geschlossenen Räumen mit erhöhter Aerosol (= "Tröpfchen")-Konzentration?

Nein  Ja, \_\_\_\_\_

6. Hatten Sie Kontakt zu Sekreten oder Körperflüssigkeiten des Erkrankten, z. B. Küssen, Kontakt zu Erbrochenem, Mund-zu-Mund Beatmung, Anhusten, Anniesen etc.?

Nein  Ja, \_\_\_\_\_

7. Konnten Sie an sich selbst folgende Symptome feststellen?

Fieber \_\_\_\_ C°  Husten  Halsschmerzen  Atembeschwerden  Durchfall

Falls ja, seit wann?

---

Bitte senden Sie diesen Fragebogen an

Das Team des Staatlichen Gesundheitsamtes im Landratsamt Augsburg wird Kontakt zu Ihnen aufnehmen, falls konkreter Handlungsbedarf besteht.

Version	Seite	Datum	Überarbeitung	Erstellt von	Freigegeben	Bereich
1.1	1 von 1	11/2020	11/2021	0130.14.A	Scirtuicchio A.	FB 10 / extern