

ERHEBUNGSBOGEN FÜR SARS-COV-2

- EP VP
 KP I KP II
 KP III

ID		
0	Sachbearbeiter	
1.	Telefonat am	
2.	Name, Vorname	
3.	Geburtsdatum, Geburtsort (Ermittlung Migrationshintergrund)	
4.	Anschrift	
5.	Telefonnummer, E-Mailadresse	
	<input type="checkbox"/> Die Kontaktperson ist mit der Übermittlung personenbezogener Daten per Email einverstanden.	
6.	Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem vom RKI benannten Risikogebiet? Wann?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo?: von bis
	Oder waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Land oder einer Region, in dem/r einzelne Infektionsfälle oder auch Infektions-Cluster (Häufungen) aufgetreten sind?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wo: von bis
7.	Haben Sie Kontakt zu einer Person, die an 2019-nCoV erkrankt ist?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Letzter Kontakt: wo:
	In welchem Verhältnis stehen Sie zum Erkrankten?	
	Name, Vorname des Erkrankten	
	Anschrift des Erkrankten	
	Telefonnummer, E-Mailadresse des Erkrankten	

8.	Arbeiten Sie in einer Gemeinschaftseinrichtung (Schule, Kita etc.)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Letzter Besuch: Wo?
	Haben Sie einen medizinischen Beruf (Krankenhaus, Arztpraxis, Pflegeheim etc.)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Letzter Besuch: Welchen? Wo?
	Andere berufliche Tätigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Letzter Besuch: Welche? Wo?
9.	Haben Sie Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann?
	Welche Beschwerden haben Sie?	<input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Halsschmerzen <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Schnupfen <input type="checkbox"/> Unwohlsein <input type="checkbox"/> andere, welche?
	Ist eine Testung bereits erfolgt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann? Wo? Ergebnis?
	Von uns zur Testung geschickt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann? Wo? Ergebnis?
10.	Haben Sie Grunderkrankungen/ Erkrankungen, die medikamentös behandelt werden? (Diabetes, Krebs, Chron. Lungenerkrankung, Asthma, Chron. Leber/Nierenerkrankung, HIV, Organtransplantation etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche:
11.	Hausarzt	

12	Quarantänezeit	<input type="checkbox"/> von bis <input type="checkbox"/> bis auf weiteres
13	Fühlen Sie sich in der Lage, eine häusliche Isolierung mit den erforderlichen Bewegungsfreiheit und Vermeidung von Kontakten durchzuhalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
14	Ist die Versorgung mit Lebensmitteln, Medikamenten und anderen Gebrauchsgütern des täglichen Lebens geregelt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
15.	Besteht eine Pflegebedürftigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Regelung:
16	Weitere Haushaltsmitglieder:	
17.	Arbeitet jemand aus Ihrem Haushalt im medizinischen Bereich oder in einer Gemeinschaftseinrichtung ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als wer: Letzter Besuch: wo:

Sonstiges: