

Nachname:

Vorname:

Tel.Nr.:

Adresse:

Tagebuch für bestätigte Fälle einer Infektion mit SARS-CoV-2/Erkrankte Personen

I: Kontaktpersonen-Liste – Teil I Bitte **sofort** ausfüllen und an das Gesundheitsamt zurücksenden (Kontakt siehe unten)!

Bitte tragen Sie oben auf dieser Seite Ihren eigenen Namen und Ihre vollständigen Kontaktdaten ein.

Führen Sie in dieser Liste ab 2 Tage vor Symptombeginn / bei fehlenden Symptomen ab 2 Tage vor dem positiven Test bis zum Zeitpunkt des Ausfüllens namentlich die Personen auf, mit denen Sie während dieser Zeit **engen, persönlichen Kontakt** hatten.

<u>Art des Kontaktes</u>	
S	Mindestens 15-minütiger persönlicher Sprechkontakt z.B. im Rahmen eines Gesprächs, hatten. Dazu gehören z.B. Personen aus Lebensgemeinschaften im selben Haushalt.
K	Direkter Kontakt zu Körperflüssigkeiten/ Sekreten, wie z.B. Küssen, Kontakt zu Erbrochenem, Mund-zu-Mund Beatmung, Anhusten, Anniesen, etc.
P	Pflegerische Handlung oder medizinische Behandlung
And	Andere Art von Kontakt (bitte eintragen, welcher)

Name des Erkrankten	
----------------------------	--

Datum (letzter Kontakt)	Kontaktart (S, K, P, And)	Vor- und Nachname	Geb.-Datum	Anschrift (Straße, HNr., PLZ, Ort)	Tel.-Nr.

Nachname:

Vorname:

Tel.Nr.:

Adresse:

Datum (letzter Kontakt)	Kontaktart (S, K, P, And)	Vor- und Nachname	Geb.-Datum	Anschrift (Straße, HNr., PLZ, Ort)	Tel.-Nr.

Diese Liste senden Sie sofort an das zuständige Gesundheitsamt zurück.

Per E-Mail an: coronavirus@rhein-sieg-kreis.de

Per Post an: Gesundheitsamt
Abteilung für Hygiene und Infektionsschutz 53.2
Kaiser-Wilhelm-Platz 1
53721 Siegburg

Nachname:

Vorname:

Tel.Nr.:

Adresse:

I: Kontaktpersonen-Liste – Teil II

Bitte tragen Sie oben auf dieser Seite Ihren eigenen Namen und Ihre vollständigen Kontaktdaten ein.

Führen Sie in dieser Liste die namentliche Aufzählung Ihrer **engen, persönlichen Kontakte** bis zum Ende Ihrer Quarantäne fort.

Bitte beachten Sie: Im Zeitraum Ihrer Quarantäne dürfen Sie Ihre Wohnung nicht verlassen. Kontakte zu anderen Personen sollten so weit möglich vermieden werden. Halten Sie sich besonders fern von Personen, die einer Risikogruppe angehören (z.B. chronisch Kranke, ältere Personen).

Art des Kontaktes

- S** Mindestens 15-minütiger persönlicher Sprechkontakt z.B. im Rahmen eines Gesprächs, hatten. Dazu gehören z.B. Personen aus Lebensgemeinschaften im selben Haushalt.
- K** Direkter Kontakt zu Körperflüssigkeiten/ Sekreten, wie z.B. Küssen, Kontakt zu Erbrochenem, Mund-zu-Mund Beatmung, Anhusten, Anniesen, etc.
- P** Pflegerische Handlung oder medizinische Behandlung
- And** Andere Art von Kontakt (bitte eintragen, welcher)

Name des Erkrankten

Datum (letzter Kontakt)	Kontaktart (S, K, P, And)	Vor- und Nachname	Geb.-Datum	Anschrift (Straße, HNr., PLZ, Ort)	Tel.-Nr.

Nachname:

Vorname:

Tel.Nr.:

Adresse:

Datum (letzter Kontakt)	Kontaktart (S, K, P, And)	Vor- und Nachname	Geb.-Datum	Anschrift (Straße, HNr., PLZ, Ort)	Tel.-Nr.

Senden Sie die ausgefüllte Kontaktpersonen-Liste – Teil II und das ausgefüllte Tagebuch (Teil III des Bogens) nach Abschluss Ihrer Quarantäne sofort an das zuständige Gesundheitsamt zurück (Adresse siehe unten).

Nachname:

Vorname:

Tel.Nr.:

Adresse:

Teil III: Tägliche Dokumentation des Gesundheitszustandes

In diesem Tagebuch dokumentieren Sie ab 2 Tage vor Symptombeginn / bei fehlenden Symptomen ab 2 Tage vor dem positiven Test das Vorhandensein von Symptomen (siehe Tabelle), zweimal täglich Ihre gemessene Körpertemperatur, allgemeine Aktivitäten und Ihre Kontakte zu anderen Personen.

Nach Ablauf der Quarantäne senden Sie das ausgefüllte Tagebuch (Teil III des Bogens) bitte mit der ausgefüllten Kontaktpersonen-Liste – Teil II an das Gesundheitsamt zurück.

Per E-Mail an: coronavirus@rhein-sieg-kreis.de

Per Post an: Gesundheitsamt
Abteilung für Hygiene und Infektionsschutz 53.2
Kaiser-Wilhelm-Platz 1
53721 Siegburg

Tag	Datum	Gesundheitszustand nach tel. Auskunft: Symptomatik (N=Nein, J=Ja, WN=weiß nicht)						
		Temperatur (°C)		Husten (ja, nein)	Halsschmerzen (ja, nein)	Kurzatmigkeit (ja, nein)	Unspezifische Allgemeinsymptome (z.B. Kopfschmerzen, Unwohlsein, Abgeschlagenheit) (ja; wenn ja, welche? / nein?)	Sonstiges (Besonderheiten etc.)
		vormittags	nachmittags					
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								

Nachname:

Vorname:

Tel.Nr.:

Adresse:

Tag	Datum	Gesundheitszustand nach tel. Auskunft: Symptomatik (N=Nein, J=Ja, WN=weiß nicht)						
		Temperatur (°C)		Husten (ja, nein)	Halsschmerzen (ja, nein)	Kurzatmigkeit (ja, nein)	Unspezifische Allgemeinsymptome (z.B. Kopfschmerzen, Unwohl- sein, Abgeschlagenheit) (ja; w enn ja, w elche? / nein?)	Sonstiges (Besonderheiten etc.)
		vormittags	nachmittags					
8.								
9								
10								
11.								
12.								
13.								
14.								