

Nachname:

Vorname:

Tel.Nr.:

Adresse:

Kontaktpersonen-Liste – Teil II

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

Bitte tragen Sie **jeweils oben** auf jeder 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)

Datum (letzter Kontakt)	Kontaktart (S, K, P, And)	Vor- und Nachname	Geb.-Datum	Anschrift (Straße, HNr., PLZ, Ort)	Tel.-Nr.	Tätigkeit in Med. Beruf (mit Name und Adresse des Arbeitgebers/ der Einrichtung)	Tätigkeit in Gemeinschaftseinrichtung (mit Name und Adresse des Arbeitgebers/ der Einrichtung)

Nachname:

Vorname:

Tel.Nr.:

Adresse:

Datum (letzter Kontakt)	Kontakt- art (S, K, P, And)	Vor- und Nachname	Geb. -Datum	Anschrift (Straße, HNr., PLZ, Ort)	Tel.-Nr.	Tätigkeit in Med. Beruf (mit Name und Adresse des Ar- beitgebers/ der Einrichtung)	Tätigkeit in Gemeinschafts- einrichtung (mit Name und Adresse des Ar- beitgebers/ der Einrichtung)

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.	Tätigkeit in Med. Beruf (mit Name und Adresse des Arbeitgebers/ der Einrichtung)	Tätigkeit in Gemeinschaftseinrichtung (mit Name und Adresse des Arbeitgebers/ der Einrichtung)

Nachname:

Vorname:

Tel.Nr.:

Adresse:

Tagebuch

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.

Bitte tragen Sie auch hier **jeweils oben** auf jeder Seite Ihren **eigenen Namen und Ihre vollständigen Kontaktdaten** ein.

Nach Ablauf der Quarantäne senden Sie das ausgefüllte Tagebuch 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

Per Fax an: [02241-13-3181](tel:02241-13-3181)

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.								

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					
6.								
7.								
8.								
9								
10								
11.								
12.								
13.								
14.								