# Liste der Kontaktpersonen der Kategorie I bei SARS-CoV-2-Infektion für die Zeit vom       bis zum      :

## Name der infizierten Person:

## *Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!!*

## Letzter Anwesenheitstag in der Firma oder einer Gemeinschaftseinrichtung:       2020.

1. Mindestens 15-minütiger Gesicht- zu- Gesichtskontakt bis zu 1,5 Meter Abstand (alle Zeiten während des angegebenen Zeitraumes zusammengezählt), z. B. im Rahmen eines Gespräches, z. B. in der Wohngemeinschaft

| **Familienname** | **Vorname** | **Geb.Datum** | **Anschrift** | **Telefon- bzw. Handynummer** | **E-Mail** | **Beziehung zum Erkrankten** | **Geschätzte Dauer des Kontaktes** | **Datum des letzten Kontaktes** | **Anmerkung d. Gesund-heitsamtes** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Während des angegebenen Zeitraumes direkter Kontakt zu Sekreten oder Körperflüssigkeiten (z. B. Küssen, Kontakt zu Erbrochenem, Mund-zu-Mund-Beatmung, Anniesen, etc.)

| **Familienname** | **Vorname** | **Geb.Datum** | **Anschrift** | **Telefon- bzw. Handynummer** | **E-Mail** | **Beziehung zum Erkrankten** | **Geschätzte Dauer des Kontaktes** | **Datum des letzten Kontaktes** | **Anmerkung  d. Gesund-heitsamtes** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Medizinisches Personal mit Kontakt im Rahmen von Pflege oder medizinischer Untersuchung ohne adäquate Schutzausrüstung
2. bis zu 1,5 Meter Abstand oder
3. mehr als 1,5 Meter Abstand bei relevanter Aerosolproduktion

| **Familienname** | **Vorname** | **Geb.Datum** | **Anschrift** | **Telefon- bzw. Handynummer** | **E-Mail** | **Beziehung zum Erkrankten** | **Geschätzte Dauer des Kontaktes** | **Datum des letzten Kontaktes** | **Anmerkung d. Gesund-heitsamtes** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Personen mit mehr als 30 Minuten Kontakt in relativ beengter Raumsituation oder schwer zu überblickender Kontaktsituation (z. B. Kitagruppe, Schulklasse, Gruppenveranstaltung) unabhängig vom individuellen Risiko

| **Familienname** | **Vorname** | **Geb.Datum** | **Anschrift** | **Telefon- bzw. Handynummer** | **E-Mail** | **Beziehung zum Erkrankten** | **Geschätzte Dauer des Kontaktes** | **Datum des letzten Kontaktes** | **Anmerkung d. Gesund-heitsamtes** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Personen, die im bis 4-Meter-Abstand infektiösen Tröpfchen oder Aerosolen ausgesetzt waren (z. B. beim Feiern, Singen oder Sporttreiben) in Innenräumen

| **Familienname** | **Vorname** | **Geb.Datum** | **Anschrift** | **Telefon- bzw. Handynummer** | **E-Mail** | **Beziehung zum Erkrankten** | **Geschätzte Dauer des Kontaktes** | **Datum des letzten Kontaktes** | **Anmerkung d. Gesund-heitsamtes** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Stand: 6.11.2020   
Gesundheits- und Veterinäramt, Stadt Münster*