



Fragebogen für Kontaktpersonen von mit dem
Coronavirus/COVID-19 infizierten Personen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

E-Mail:

Telefon:

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

Nein

Ja

Falls ja, bitte Name des/der Erkrankten angeben:

Datum des letzten Kontaktes:

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

Nein

Ja

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

Nein

Ja

Konnten Sie an sich selbst folgende Symptome feststellen?

Fieber(>38°C)

Husten

Halsschmerzen

Atembeschwerden

Durchfall

Falls ja, seit wann?

Welchen Beruf üben Sie aus? (bitte unbedingt angeben)

Bitte senden Sie diesen Fragebogen an kontaktpersonen.corona@augzburg.de