

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

| Familiename | Vorname | Geb.Datum | Anschrift | Telefon- bzw. Handynummer | E-Mail | Beziehung zum Erkrankten | Geschätzte Dauer des Kontaktes | Datum des letzten Kontaktes | Anmerkung d. Gesundheitsamtes |
|-------------|---------|-----------|-----------|---------------------------|--------|--------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
|             |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|             |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|             |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|             |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|             |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|             |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|             |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|             |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|             |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|             |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |

2) 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. Gesundheitsamtes |
|--------------|---------|-----------|-----------|---------------------------|--------|--------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
|              |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|              |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|              |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|              |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|              |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |

3) Medizinisches Personal mit Kontakt im Rahmen von Pflege oder medizinischer Untersuchung ohne adäquate Schutzausrüstung

a) bis zu 1,5 Meter Abstand oder

b) 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. Gesundheitsamtes |
|--------------|---------|-----------|-----------|---------------------------|--------|--------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
|              |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|              |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|              |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|              |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|              |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |

- 4) 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. Gesundheitsamtes |
|--------------|---------|-----------|-----------|---------------------------|--------|--------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
|              |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|              |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|              |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|              |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|              |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |

- 5) 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. Gesundheitsamtes |
|--------------|---------|-----------|-----------|---------------------------|--------|--------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
|              |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|              |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|              |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|              |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |
|              |         |           |           |                           |        |                          |                                |                             |                               |

6) Gemeinsamer Aufenthalt mit einer infizierten Person für mehr als 30 Minuten in einem unzureichend oder nicht gelüfteten Raum

| <b>Familienname</b> | <b>Vorname</b> | <b>Geb.Datum</b> | <b>Anschrift</b> | <b>Telefon- bzw. Handynummer</b> | <b>E-Mail</b> | <b>Beziehung zum Erkrankten</b> | <b>Geschätzte Dauer des Kontaktes</b> | <b>Datum des letzten Kontaktes</b> | <b>Anmerkung d. Gesundheitsamtes</b> |
|---------------------|----------------|------------------|------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
|                     |                |                  |                  |                                  |               |                                 |                                       |                                    |                                      |
|                     |                |                  |                  |                                  |               |                                 |                                       |                                    |                                      |
|                     |                |                  |                  |                                  |               |                                 |                                       |                                    |                                      |
|                     |                |                  |                  |                                  |               |                                 |                                       |                                    |                                      |
|                     |                |                  |                  |                                  |               |                                 |                                       |                                    |                                      |

Stand: 03.12.2020  
Gesundheits- und Veterinäramt, Stadt Münster