



Kreis Wesel - Der Landrat
FD 53 - Gesundheitswesen
Nachverfolgung
Mühlenstraße 9-11
47441 Moers

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an folgenden Postkorb:

gesundheitswesen@kreis-wesel.de und geben als Betreff Kontaktformular an!

Covid 19 - Meldung Kontaktpersonen einer infizierten Person / Arbeitgeberbescheinigung

Angaben zur infizierten Person

Auf der Grundlage vom §§ 16 und 25 des Infektionsschutzgesetzes bitten wir Sie die nachfolgenden Angaben gewissenhaft und wahrheitsgemäß einzugeben. Nur so gelingt es uns die aktuelle Situation in den Griff zu bekommen.

Zunächst geht es um die Angaben zur infizierten Person. Auf den nachfolgenden Seiten können Sie dann die Angaben zu den Kontaktpersonen (**Meldungen von häuslichen und außerhäuslichen Kontaktpersonen**) jeweils erfassen. Am Ende brauchen Sie dann nur auf "Einreichen" klicken.

Danke für Ihre Meldung und Unterstützung.

Familiename		
Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angaben	Geburtsdatum
Postleitzahl	Ort	
Straße und Hausnummer		
Telefon	Telefon Alternativ	E-Mail
Beruf		
<input type="checkbox"/> Arbeiten Sie in einer Pflege-/oder Gemeinschaftseinrichtung oder besuchen Sie eine Gemeinschaftseinrichtung?		
Bitte geben Sie den Namen und die Adresse der Einrichtung an.		

Bitte machen Sie zu mindestens einer Testart die bei Ihnen durchgeführt wurde die Angaben.

<input type="checkbox"/> Testart: Schnelltest (Zertifikat durch offizielle Teststelle vorhanden)		Testdatum Schnelltest
Liegt ein Befund zum Schnelltest vor?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<input type="checkbox"/> Testart: PCR Test		Testdatum PCR Test
Grund der Testung:		
<input type="checkbox"/> Auftreten von Symptomen <input type="checkbox"/> Positiver Selbsttest <input type="checkbox"/> sonstiger Grund		
Wann sind die Symptome aufgetreten		
Bekanntwerden des positiven Ergebnisses		
Verfügen Sie bereits über einen vollständigen Impfschutz gegen SARS-CoV-2-Infektion?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Datum 1. Impfung	Impfstoff <input type="checkbox"/> AstraZeneca/Vaxzevria <input type="checkbox"/> BioNTech/Comirnaty <input type="checkbox"/> Johnson&Johnson/Janssen <input type="checkbox"/> Moderna/Spikevax	Haben Sie bereits die zweite Impfung erhalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Datum 2. Impfung	Impfstoff <input type="checkbox"/> AstraZeneca/Vaxzevria <input type="checkbox"/> BioNTech/Comirnaty <input type="checkbox"/> Johnson&Johnson/Janssen <input type="checkbox"/> Moderna/Spikevax	Haben Sie bereits eine Booster-Impfung erhalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Datum Booster-Impfung	Impfstoff <input type="checkbox"/> AstraZeneca/Vaxzevria <input type="checkbox"/> BioNTech/Comirnaty <input type="checkbox"/> Johnson&Johnson/Janssen <input type="checkbox"/> Moderna/Spikevax	
Ich war / bin bereits als Kontaktperson in Quarantäne, bevor ich selbst positiv getestet worden bin		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bemerkungen		

Erläuterungen zu Kontaktpersonen

Grundsätzlich sind Sie verpflichtet Angaben zu Ihren Kontaktpersonen zu machen!

Hinweis:

Bitte tragen Sie NUR Ihre direkten häuslichen und außerhäuslichen Kontaktpersonen ein. Dazu zählen alle Personen zu denen in den letzten 2 Tagen vor der Durchführung des Tests oder 2 Tage vor dem Auftreten von Symptomen Kontakt bestand:

- entweder mehr als 10 Minuten bei weniger als 1,5 m Abstand ohne beidseitiges Tragen einer Alltagsmaske,
- oder wenn ein schlecht oder nicht belüfteter Raum über eine längere Zeit geteilt wurde

Haben Sie Kontaktperson(en) die Sie benennen müssen:

- ja
 nein

1. Kontaktperson

Bitte geben Sie hier nun die Daten zur Kontaktperson an.

Hinweis: Nur wenn die vollständigen Daten der Kontaktperson vorliegen, kann eine Bearbeitung erfolgen!

Vorname		Familiename	
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angaben		Geburtsdatum	
Postleitzahl	Ort		
Straße und Hausnummer			
Telefon	Telefon Alternativ		E-Mail

Dauer des Kontaktes mindestens 10 Minuten ohne Alltagsmaske und mit einem Abstand von weniger als 1,5 m <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Gemeinsamer Aufenthalt in einem schlecht oder nicht belüfteten Raum über eine längere Zeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Verhältnis (zur infizierten Person)		Konkretisierung "Sonstiger Kontakt"	
Datum des letzten Kontakts (sofern nicht im gleichen Haushalt wohnhaft)			
Beruf der Kontaktperson			
Verfügt die Kontaktperson bereits über einen vollständigen Impfschutz gegen SARS-CoV-2-Infektion? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Hat die Kontaktperson Krankheitssymptome? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Mir nicht bekannt	
Die Kontaktperson wurde über positive Ergebnis informiert am:			

Quarantänehinweis für Personen die keinen Impfschutz haben:

Als 1. Quarantänetag gilt für die Kontaktperson der Tag, an dem diese über das positive Testergebnis informiert wurde.

Quarantänehinweis für Personen die einen Impfschutz haben und aktuell keine Krankheitssymptome:

Zunächst besteht für die angegebene Kontaktperson keine Quarantäneverpflichtung. Sollten allerdings innerhalb der nächsten 10 Tage Krankheitssymptome auftreten, ist die Person verpflichtet sich zeitnah einer Testung zu unterziehen und sich in Quarantäne zu begeben.

Bemerkungen / Anmerkungen

2. Kontaktperson

Bitte geben Sie hier nun die Daten zur Kontaktperson an.

Hinweis: Nur wenn die vollständigen Daten der Kontaktperson vorliegen, kann eine Bearbeitung erfolgen!

Vorname		Familiename	
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angaben		Geburtsdatum	
Postleitzahl	Ort		
Straße und Hausnummer			
Telefon	Telefon Alternativ		E-Mail

Dauer des Kontaktes mindestens 10 Minuten ohne Alltagsmaske und mit einem Abstand von weniger als 1,5 m <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gemeinsamer Aufenthalt in einem schlecht oder nicht belüfteten Raum über eine längere Zeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Verhältnis (zur infizierten Person)		Konkretisierung "Sonstiger Kontakt"	
Datum des letzten Kontakts (sofern nicht im gleichen Haushalt wohnhaft)			
Beruf der Kontaktperson			
Verfügt die Kontaktperson bereits über einen vollständigen Impfschutz gegen SARS-CoV-2-Infektion? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hat die Kontaktperson Krankheitssymptome? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Mir nicht bekannt		
Die Kontaktperson wurde über positive Ergebnis informiert am:			

Quarantänehinweis für Personen die keinen Impfschutz haben:

Als 1. Quarantänetag gilt für die Kontaktperson der Tag, an dem diese über das positive Testergebnis informiert wurde.

Quarantänehinweis für Personen die einen Impfschutz haben und aktuell keine Krankheitssymptome:

Zunächst besteht für die angegebene Kontaktperson keine Quarantäneverpflichtung. Sollten allerdings innerhalb der nächsten 10 Tage Krankheitssymptome auftreten, ist die Person verpflichtet sich zeitnah einer Testung zu unterziehen und sich in Quarantäne zu begeben.

Bemerkungen / Anmerkungen

3. Kontaktperson

Bitte geben Sie hier nun die Daten zur Kontaktperson an.

Hinweis: Nur wenn die vollständigen Daten der Kontaktperson vorliegen, kann eine Bearbeitung erfolgen!

Vorname		Familiennamen	
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angaben		Geburtsdatum	
Postleitzahl	Ort		
Straße und Hausnummer			
Telefon	Telefon Alternativ		E-Mail

Dauer des Kontaktes mindestens 10 Minuten ohne Alltagsmaske und mit einem Abstand von weniger als 1,5 m <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Gemeinsamer Aufenthalt in einem schlecht oder nicht belüfteten Raum über eine längere Zeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Verhältnis (zur infizierten Person)		Konkretisierung "Sonstiger Kontakt"	
Datum des letzten Kontakts (sofern nicht im gleichen Haushalt wohnhaft)			
Beruf der Kontaktperson			
Verfügt die Kontaktperson bereits über einen vollständigen Impfschutz gegen SARS-CoV-2-Infektion? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Hat die Kontaktperson Krankheitssymptome? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Mir nicht bekannt	
Die Kontaktperson wurde über positive Ergebnis informiert am:			

Quarantänehinweis für Personen die keinen Impfschutz haben:

Als 1. Quarantänetag gilt für die Kontaktperson der Tag, an dem diese über das positive Testergebnis informiert wurde.

Quarantänehinweis für Personen die einen Impfschutz haben und aktuell keine Krankheitssymptome:

Zunächst besteht für die angegebene Kontaktperson keine Quarantäneverpflichtung. Sollten allerdings innerhalb der nächsten 10 Tage Krankheitssymptome auftreten, ist die Person verpflichtet sich zeitnah einer Testung zu unterziehen und sich in Quarantäne zu begeben.

Bemerkungen / Anmerkungen

Nachweis-Abfrage

Haben Sie Testnachweise die Sie übermitteln möchten? Fügen Sie diesen als zusätzlichen Anhang, neben diesem Formular, in Ihrer Mail an oder legen Sie dem Schreiben, auf dem Postweg, eine Kopie des Nachweises bei.
--

Angaben zum Schnelltest

Liegt kein Befund zum Schnelltest vor, füllen Sie bitte nachfolgende Angaben aus

Wo wurde der Schnelltest abgenommen?
Institution (med. Einrichtung)
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort