



KONTAKTRÜCKVERFOLGUNG CORONAVIRUS

Patient/in:

Frau Herr

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Mail: _____ Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

Exposition: (In den letzten 14 Tagen vor Manifestationsbeginn)

Wo: CH Ausland, Land: _____ Ort: _____

Wann: Expositionsdatum: _____

Wie: enger Kontakt zu einem laborbestätigten COVID-19-Fall: ja nein unbekannt

Falls ja:

in Familie Arbeit als Medizinal- oder Pflegepersonal

Schule/Kindergarten/Krippe andere Kontakte: _____

Epidemiologischer Zusammenhang mit einem laborbestätigten Fall: ja

Medizinal- oder Pflegepersonal: ja nein

Kontaktpersonen:

Als Kontaktpersonen gelten sämtliche Personen, zu welchen Sie rückwirkend, bis 48 Stunden vor Auftreten der Symptome, auf eine Distanz von weniger als 1,5 Metern mehr als 15 Minuten ohne Schutz Kontakt hatten. Die mit einem Stern (*) gekennzeichneten Felder sind zwingend auszufüllen.

Kontaktperson:

Frau Herr

Name*: _____ Vorname*: _____

Strasse: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon*: _____ Handy*: _____

Mail: _____ Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

**Rückseite
beachten**

Kontaktperson: Frau Herr

Name*: _____ Vorname*: _____

Strasse: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon*: _____ Handy*: _____

Mail: _____ Geburtsdatum: ____ / ____ / _____

Kontaktperson: Frau Herr

Name*: _____ Vorname*: _____

Strasse: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon*: _____ Handy*: _____

Mail: _____ Geburtsdatum: ____ / ____ / _____

Kontaktperson: Frau Herr

Name*: _____ Vorname*: _____

Strasse: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon*: _____ Handy*: _____

Mail: _____ Geburtsdatum: ____ / ____ / _____

Weitere Kontaktpersonen können auf einem leeren Blatt Papier, welches diesem Dokument beizulegen ist, erfasst werden.

Bemerkungen / weitere Informationen: (z.B., wenn Patient/in schulpflichtig: Schulhaus? Klasse?)

Patient/in:

Datum: ____ / ____ / _____

Unterschrift: _____

Arzt / Ärztin:

Datum: ____ / ____ / _____

Stempel: _____