

Covid-19 Kontaktpersonenermittlung / Verdachtsfall /Erkrankungsfall



Allgemeine Information

Dieses Formular ist nach Erhalt auszufüllen und bei einem positiven Testergebnis SOFORT an Ihre Gesundheitsbehörde (Bezirkshauptmannschaft, Magistrat) zu übermitteln. Bei einem negativen Testergebnis können Sie dieses Formular löschen.

Empfangsstelle

Zuständige Bezirksverwaltungsbehörde

Kontaktpersonenermittlung von Person

Anrede * Frau Herr

Titel vorgestellt _____

Vorname * _____ Familienname * _____

Titel nachgestellt _____

Geburtsdatum _____

Adresse

Straße * _____ Hausnummer * _____ bis _____ Stiege _____ Tür _____

Postleitzahl * _____ Ort * _____

Kontaktdaten

Telefon * _____ E-Mail * _____

Arbeitgeber: _____ letzter Arbeitstag/Schulbesuch/Kindergartenbesuch _____

Symptombeginn _____ Tag der Probennahme _____

Tätig im Gesundheitsbereich Großbetrieb schulischen Bereich/Bildung Kindergarten _____

Anzahl Arbeitnehmer/Mitschüler _____ Anzahl Kundenkontakte pro Tag _____

Kontaktpersonenermittlung

Nr.	Familienname	Vorname	SV-Nr. *)	Geburtsdatum *)	Selber Haushalt	Adresse	Telefonnummer	E-Mail	Kontakt am	Art und Ort des Kontaktes	Kontakteinteilung	Schutzmaßnahmen	Wird durch Arzt ausgefüllt
1					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
2					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
3					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
4					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
5					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
6					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
7					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
8					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
9					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
10					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
11					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall

Nr.	Familienname	Vorname	SV-Nr.*)	Geburtsdatum *)	Selber Haushalt	Adresse	Telefonnummer	E-Mail	Kontakt am	Art und Ort des Kontaktes	Kontakteinteilung	Schutzmaßnahmen	Wird durch Arzt ausgefüllt
12					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
13					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
14					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
15					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
16					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
17					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
18					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
19					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
20					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
21					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
22					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall