# Covid-19 Kontaktpersonenermittlung / Verdachtsfall /Erkrankungsfall

Anzahl Arbeitnehmer/Mitschüler \_\_\_\_\_ Anzahl Kundenkontakte pro Tag \_\_\_\_\_



Allgemeine Inform	mation	
Bei einem negative Empfangsstelle	et nach Erhalt auszufüllen und bei einem positiven Testergeb en Testergebnis können Sie dieses Formular löschen. sverwaltungsbehörde	onis SOFORT an Ihre Gesundheitsbehörde (Bezirkshauptmannschaft, Magistrat) zu übermitteln.
Kontaktperson	enermittlung von Person	
Anrede * Titel vorgestellt Vorname *	☐ Frau ☐ Herr ———————————————————————————————————	Familienname *
Titel nachgestellt Geburtsdatum	<del></del>	
Adresse		
Straße * Postleitzahl *	Ort *	Hausnummer * bis Stiege Tür
Kontaktdaten		
Telefon *		E-Mail *
Arbeitgeber:		letzter Arbeitstag/Schulbesuch/Kindergartenbesuch
Symptombeginn _	Tag der Probennahme	
Tätig im ☐ Ge	esundheitsbereich 🗌 Großbetrieb 🔲 schulischen Bereich	n/Bildung

GH-L3BH-Covid19K-P Seite 1 von 4 v1.3 vom 02.2022

### Informationen

Sie erhalten dieses Formular, weil

- der Verdacht einer SARS-CoV-19-Infektion besteht und Sie daher zur Testung angemeldet wurden.
- Sie positiv auf Corona getestet wurden und nun eine Weiterverbreitung des Virus verhindert werden muss.

Zur Verhinderung einer möglichen Weiterverbreitung der Krankheit ist es erforderlich zu prüfen, zu welchen Personen Sie 48 Stunden vor Symptombeginn bzw. vor der Probennahme bis jetzt direkten Kontakt hatten.

#### NICHT als Kontaktperson sind folgende Personen anzuführen - diese Personen werden nicht behördlich abgesondert:

- Personen, sofern beim Kontakt geeignete und nachvollziehbar korrekt umgesetzte Maßnahmen zur Minimierung des Infektionsrisikos angewandt worden sind (z.B. beidseitiges Tragen einer FFP2-Maske bzw. eines MNS (Kinder 6-14 Jahre)
- Personen, bei denen mindestens 3 immunologische Ereignisse (diese sind: Impfung[en] oder Genesung) zumindest 7 Tage vor dem Kontakt stattgefunden haben (z.B. 3 Impfungen).
   Ausgenommen hiervon sind schwerwiegend immungeschwächte bzw. immunsupprimierte Personen
- Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, bei denen mindestens 2 immunologische Ereignisse zumindest 14 Tage vor dem Kontakt stattgefunden haben (z.B. 2 Impfungen)
- Personen, die innerhalb der letzten 3 Monate vor dem Kontakt von einer Infektion mit der Omikron Variante genesen sind
- Personen mit geschütztem Kontakt mit positiv getestetem Gesundheits- und Pflegepersonal unter Einhaltung korrekt umgesetzter Maßnahmen zur Minimierung des Infektionsrisikos oder Vorhandenseins von Trennwänden (z.B. Plexiglas)

Tragen Sie bitte alle Personen in die umseits angeführte Liste ein (z.B. Personen im eigenen Haushalt, Familienmitglieder, Freunde, Arbeitskollegen etc.)

und übermitteln Sie diese so bald als möglich an Ihre zuständige Bezirksverwaltungsbehörde.

Wenn Sie manche Felder nicht ausfüllen können, da Ihnen die Daten, wie zB der genaue Name, nicht bekannt sind,

- ersuchen wir Sie, direkt bei den betreffenden Personen nachzufragen oder
- uns einen informierten Ansprechpartner (Arbeitgeber, Schichtleiter, Personalstelle, Trainer ....) zu nennen

Bitte versuchen Sie jedenfalls die **Telefonnummer** und **E-Mail Adresse** anzugeben.

Nur mit vollständigen Kontaktdaten sind wir in der Lage zeitnahe die erforderlichen Maßnahmen treffen zu können.

Denken Sie bitte an Kontakte in der Familie, im Freundeskreis, im Beruf, in der Freizeit etc. Manchen Menschen hilft es, ihren Kalender durchzuschauen.

Wir bedanken uns im Voraus für Ihre genauen Angaben und ersuchen Sie, das Formular am Computer oder am Handy auszufüllen (Speichern Sie die Datei lokal ab und verwenden Sie zur Bearbeitung z.B. das Programm "Adobe Reader"). Sie leisten damit einen wesentlichen Beitrag zur Verhinderung der Weiterverbreitung der Krankheit.

Bitte die Spalte "Wird durch Arzt ausgefüllt" nicht ausfüllen!

Ihre Daten werden von einem Arzt/einer Ärztin der Gesundheitsbehörde geprüft und es wird entschieden, ob weitere Schritte erforderlich sind.

Im Feld "Art und Ort des Kontaktes" können Sie zusätzliche Angaben machen, wie sich der Kontakt genau gestaltet hat.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

\*) Nur auszufüllen soweit bekannt.

Selber Haushalt: Personen mit denen sie im gleichen Haushalt wohnen und Kontakt haben (in diesem Fall kann die zusätzliche Angabe der Adresse entfallen).

## Übermittlung

Bitte speichern Sie das ausgefüllte Formular lokal auf Ihrem Gerät ab.

Übermitteln Sie das ausgefüllte Formular per E-Mail an Ihre zuständige Bezirkshauptmannschaft bzw. an Ihren zuständigen Magistrat.

## Kontaktpersonenermittlung

Nr.	Familien- name	Vorname	SV- Nr.*)	Geburts- datum *)	Selber Haus- halt	Adresse	Telefon- nummer	E-Mail	Kontakt am	Art und Ort des Kontaktes	Kontakteinteilung	Schutz- maßnahmen	Wird durch Arzt ausgefüllt
1					☐ Ja						unter 15 Min. Über 15 Min. unter 2 m Über 2 m direkter Körperkontakt drinnen draußen von Angesicht zu Angesicht	MNS Handschuhe FFP2, FFP3	Hochrisiko Niedrigrisiko kein Verdacht Sonderfall
2					☐ Ja						unter 15 Min. über 15 Min. unter 2 m über 2 m direkter Körperkontakt drinnen draußen von Angesicht zu Angesicht	MNS Handschuhe FFP2, FFP3	Hochrisiko Niedrigrisiko kein Verdacht Sonderfall
3					☐ Ja						unter 15 Min. Über 15 Min. unter 2 m über 2 m direkter Körperkontakt drinnen draußen von Angesicht zu Angesicht	MNS Handschuhe FFP2, FFP3	Hochrisiko Niedrigrisiko kein Verdacht Sonderfall
4					☐ Ja						unter 15 Min. über 15 Min. unter 2 m über 2 m direkter Körperkontakt drinnen draußen von Angesicht zu Angesicht	MNS Handschuhe FFP2, FFP3	Hochrisiko Niedrigrisiko kein Verdacht Sonderfall
5					☐ Ja						unter 15 Min. über 15 Min. unter 2 m über 2 m direkter Körperkontakt drinnen draußen von Angesicht zu Angesicht	MNS Handschuhe FFP2, FFP3	Hochrisiko Niedrigrisiko kein Verdacht Sonderfall
6					☐ Ja						unter 15 Min.  über 15 Min.  unter 2 m über 2 m direkter Körperkontakt drinnen draußen von Angesicht unter 2 m über 2 m	MNS Handschuhe FFP2, FFP3	Hochrisiko Niedrigrisiko kein Verdacht Sonderfall
7					☐ Ja						unter 15 Min.  über 15 Min. unter 2 m über 2 m direkter Körperkontakt drinnen draußen von Angesicht zu Angesicht	MNS Handschuhe FFP2, FFP3	Hochrisiko Niedrigrisiko kein Verdacht Sonderfall
8					☐ Ja						unter 15 Min.  über 15 Min. unter 2 m über 2 m direkter Körperkontakt drinnen draußen von Angesicht zu Angesicht	MNS Handschuhe FFP2, FFP3	Hochrisiko Niedrigrisiko kein Verdacht Sonderfall
9					☐ Ja						unter 15 Min.  über 15 Min. unter 2 m über 2 m direkter Körperkontakt drinnen draußen von Angesicht zu Angesicht	MNS Handschuhe FFP2, FFP3	Hochrisiko Niedrigrisiko kein Verdacht Sonderfall
10					☐ Ja						unter 15 Min.  über 15 Min. unter 2 m über 2 m direkter Körperkontakt drinnen draußen von Angesicht zu Angesicht	MNS Handschuhe FFP2, FFP3	Hochrisiko Niedrigrisiko kein Verdacht Sonderfall
11					☐ Ja						unter 15 Min. Über 15 Min. unter 2 m über 2 m direkter Körperkontakt drinnen draußen von Angesicht zu Angesicht	MNS Handschuhe FFP2, FFP3	Hochrisiko Niedrigrisiko kein Verdacht Sonderfall

Nr.	Familien- name	Vorname	SV- Nr.*)	Geburts- datum *)	Selber Haus- halt	Adresse	Telefon- nummer	E-Mail	Kontakt am	Art und Ort des Kontaktes	Kontakteinteilung	Schutz- maßnahmen	Wird durch Arzt ausgefüllt
12					☐ Ja						unter 15 Min. über 15 Min. unter 2 m über 2 m direkter Körperkontakt drinnen draußen von Angesicht zu Angesicht	MNS Handschuhe FFP2, FFP3	Hochrisiko Niedrigrisiko kein Verdacht Sonderfall
13					☐ Ja						unter 15 Min. uber 15 Min. unter 2 m über 2 m direkter Körperkontakt drinnen draußen von Angesicht uber 15 Min.	MNS Handschuhe FFP2, FFP3	Hochrisiko Niedrigrisiko kein Verdacht Sonderfall
14					☐ Ja						unter 15 Min. uber 15 Min. unter 2 m über 2 m direkter Körperkontakt drinnen draußen von Angesicht zu Angesicht	MNS Handschuhe FFP2, FFP3	Hochrisiko Niedrigrisiko kein Verdacht Sonderfall
15					☐ Ja						drinnen draußen von Angesicht zu Angesicht	MNS Handschuhe FFP2, FFP3	Hochrisiko Niedrigrisiko kein Verdacht Sonderfall
16					☐ Ja						unter 15 Min. über 15 Min. unter 2 m über 2 m direkter Körperkontakt drinnen draußen von Angesicht zu Angesicht	MNS Handschuhe FFP2, FFP3	Hochrisiko Niedrigrisiko kein Verdacht Sonderfall
17					☐ Ja						unter 15 Min. uber 15 Min. uber 2 m über 2 m direkter Körperkontakt drinnen draußen von Angesicht uAngesicht	MNS Handschuhe FFP2, FFP3	Hochrisiko Niedrigrisiko kein Verdacht Sonderfall
18					☐ Ja						☐ drinnen ☐ draußen ☐ von Angesicht zu Angesicht	MNS Handschuhe FFP2, FFP3	Hochrisiko Niedrigrisiko kein Verdacht Sonderfall
19					☐ Ja						☐ direkter Körperkontakt ☐ drinnen ☐ draußen ☐ von Angesicht zu Angesicht	MNS Handschuhe FFP2, FFP3	Hochrisiko Niedrigrisiko kein Verdacht Sonderfall
20					☐ Ja						unter 15 Min. über 15 Min. unter 2 m über 2 m direkter Körperkontakt drinnen draußen von Angesicht zu Angesicht	MNS Handschuhe FFP2, FFP3	Hochrisiko Niedrigrisiko kein Verdacht Sonderfall
21					☐ Ja						unter 15 Min. über 15 Min. unter 2 müber 2 m direkter Körperkontakt drinnen draußen von Angesicht zu Angesicht	MNS Handschuhe FFP2, FFP3	Hochrisiko Niedrigrisiko kein Verdacht Sonderfall
22					☐ Ja						unter 15 Min. Uber 15 Min. unter 2 m über 2 m direkter Körperkontakt drinnen draußen von Angesicht zu Angesicht	MNS Handschuhe FFP2, FFP3	Hochrisiko Niedrigrisiko kein Verdacht Sonderfall