

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN! DATUM:

Erfassungsbogen / Fallnummer:					
Name:					
Vorname:					
Geburtsdatum:					
Adresse:					
Telefonnummer:					
Beruf:					
Hausarzt:				Tel. des Hausarztes:	
Kontakt zu bestätigtem Fall:		Ja	wann:		Nein
- falls bekannt - Name des bestätigten Falls:					
Adresse des bestätigten Falls:					
Eigene Symptome: ab wann:					
welche:					
Reiseanamnese (bis 14 Tage <u>vor</u> Erkrankungsbeginn):		Ja		Nein	
Land:					
Besondere Situationen:					
Kind im Kindergarten, in Schule, Name und Anschrift der KiTa, der Schule:					
Arbeitsstelle im sensiblen Bereich (Krankenhaus, Altenheime, Praxen, Rettungsdienst, Feuerwehr, ...):					
Andere:					
Wurde bereits ein Test durchgeführt:		Ja		Nein	
Wenn ja:		Wo:		Wann:	
Sonstiges:					