Liebe Bürgerinnen und Bürger,

die vollständige und sorgfältige Angabe der Kontaktpersonen erleichtert die Arbeit in der Kontaktpersonenermittlung des Gesundheitsamtes enorm. Mit Ihrer Mithilfe können Infektionsketten schneller erkannt und unterbrochen werden. Sie können in dem Formular „Kontaktpersonenmeldung“ selbstständig die Daten Ihrer Kontaktpersonen zusammenstellen und nähere Angaben zu Ihren Kontakten machen. Das ausgefüllte Formular senden Sie bitte per E-Mail an corona-kontakt@stadt.hamm.de und geben im Betreff Ihren vollständigen Namen an.

Sie können bei den einzelnen Punkten zusätzliche Zeilen einfügen, wenn Sie weitere Kontaktpersonen angeben möchten.

Für Ihre Unterstützung möchten wir uns im Voraus bedanken und wünschen Ihnen eine rasche Genesung!

# Übersicht der Kontaktpersonen (Kategorie 1) bei SARS-CoV-2-Infektion für die Zeit vom \_\_.\_\_.\_\_\_\_ bis zum \_\_.\_\_.\_\_\_\_:(Auflistung Ihrer Kontaktpersonen der letzten 2 Tage vor Testung oder Symptombeginn

## Vor- und Nachname der/des Infizierten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Geburtsdatum der/des Infizierten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## *Bitte sorgfältig und vollständig ausfüllen!!*

## Datum des letzten Anwesenheitstages in der Firma/ im Betrieb oder in einer Gemeinschaftseinrichtung (z. B. Schule, Kita, Pflegeeinrichtung, Institut): \_\_. \_\_ . 2020.

1. Mindestens 15-minütiger Gesicht- zu- Gesichtskontakt bis zu 1,5 Meter Abstand (alle Zeiten während des angegebenen Zeitraumes zusammengezählt),
z. B. im Rahmen eines Gespräches, z. B. in der Wohngemeinschaft

| **Familienname** | **Vorname** | **Geb.Datum** | **Anschrift**  | **Telefon- bzw. Handynummer** | **E-Mail-Adresse** | **Beziehung zum Erkrankten** | **Geschätzte Dauer des Kontaktes** | **Datum des letzten Kontaktes**  | **Anmerkung d. Gesund-heitsamtes** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Während des angegebenen Zeitraumes direkter Kontakt zu Sekreten oder Körperflüssigkeiten (z. B. Küssen, Kontakt zu Erbrochenem, Mund-zu-Mund-Beatmung, Anniesen, etc.)

| **Familienname** | **Vorname** | **Geb.Datum** | **Anschrift**  | **Telefon- bzw. Handynummer** | **E-Mail-Adresse** | **Beziehung zum Erkrankten** | **Geschätzte Dauer des Kontaktes** | **Datum des letzten Kontaktes**  | **Anmerkung d. Gesund-heitsamtes** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Medizinisches Personal mit Kontakt im Rahmen von Pflege oder medizinischer Untersuchung ohne adäquate Schutzausrüstung
2. bis zu 1,5 Meter Abstand oder
3. mehr als 1,5 Meter Abstand bei relevanter Aerosolproduktion

| **Familienname** | **Vorname** | **Geb.Datum** | **Anschrift**  | **Telefon- bzw. Handynummer** | **E-Mail-Adresse** | **Beziehung zum Erkrankten** | **Geschätzte Dauer des Kontaktes** | **Datum des letzten Kontaktes**  | **Anmerkung d. Gesund-heitsamtes** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Personen mit mehr als 30 Minuten Kontakt in relativ beengter Raumsituation oder schwer zu überblickender Kontaktsituation (z. B. Kitagruppe, Schulklasse, Gruppenveranstaltung) unabhängig vom individuellen Risiko

| **Familienname** | **Vorname** | **Geb.Datum** | **Anschrift**  | **Telefon- bzw. Handynummer** | **E-Mail-Adresse** | **Beziehung zum Erkrankten** | **Geschätzte Dauer des Kontaktes** | **Datum des letzten Kontaktes**  | **Anmerkung d. Gesund-heitsamtes** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Personen, die im bis 4-Meter-Abstand infektiösen Tröpfchen oder Aerosolen ausgesetzt waren (z. B. beim Feiern, Singen oder Sporttreiben) in Innenräumen

| **Familienname** | **Vorname** | **Geb.Datum** | **Anschrift**  | **Telefon- bzw. Handynummer** | **E-Mail-Adresse** | **Beziehung zum Erkrankten** | **Geschätzte Dauer des Kontaktes** | **Datum des letzten Kontaktes**  | **Anmerkung d. Gesund-heitsamtes** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Gemeinsamer Aufenthalt mit einer infizierten Person für mehr als 30 Minuten in einem unzureichend oder nicht gelüfteten Raum

| **Familienname** | **Vorname** | **Geb.Datum** | **Anschrift**  | **Telefon- bzw. Handynummer** | **E-Mail-Adresse** | **Beziehung zum Erkrankten** | **Geschätzte Dauer des Kontaktes** | **Datum des letzten Kontaktes**  | **Anmerkung d. Gesund-heitsamtes** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |