



## 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 2 Metern mehr als 15 Minuten ohne Schutz Kontakt hatten. Die mit einem Stern (\*) gekennzeichneten Felder sind zwingend auszufüllen.

**Kontaktperson:**  Frau  Herr Kontaktdatum\*: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Name\*: \_\_\_\_\_ Vorname\*: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon\*: \_\_\_\_\_ Handy\*: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Beziehung\*: \_\_\_\_\_ Im selben Haushalt\*:  Ja  Nein

**Rückseite  
beachten**

**Kontaktperson:**  Frau  Herr

Kontaktdatum\*: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Name\*: \_\_\_\_\_

Vorname\*: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon\*: \_\_\_\_\_

Handy\*: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Beziehung\*: \_\_\_\_\_

Im selben Haushalt\*:  Ja  Nein**Kontaktperson:**  Frau  Herr

Kontaktdatum\*: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Name\*: \_\_\_\_\_

Vorname\*: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon\*: \_\_\_\_\_

Handy\*: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Beziehung\*: \_\_\_\_\_

Im selben Haushalt\*:  Ja  Nein**Kontaktperson:**  Frau  Herr

Kontaktdatum\*: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Name\*: \_\_\_\_\_

Vorname\*: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon\*: \_\_\_\_\_

Handy\*: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Beziehung\*: \_\_\_\_\_

Im selben Haushalt\*:  Ja  Nein

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: \_\_\_\_\_