

**Angaben zur Person:**

Name, Vorname:

Adresse des aktuellen Wohnortes:

Telefon

E-Mail

Geschlecht

Geburtsdatum

**Angaben zu Ihrem aktuellen positiven PCR-Test:**

Geben Sie das Datum an, an dem der PCR-Test durchgeführt wurde

Waren Sie zum Zeitpunkt der Testung in Quarantäne?

ja:

nein:

**Angaben zu Ihrer Gesundheit:**

Sind Symptome (wie Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Geruchs- oder Geschmacksverlust) bei Ihnen aufgetreten?

ja:

nein:

- Falls ja, welche Symptome?

- An welchem Datum traten die Symptome das erste Mal auf?

**Angaben zu Ihren Impfungen und zu früheren SARS-CoV-2 Infektionen:**

Haben Sie bereits eine oder mehrere Covid-19 Impfungen erhalten?

ja:

nein:

- Falls ja: Bitte für alle Impfungen angeben:

	Datum		Welcher Impfstoff*
1. Impfung			
2. Impfung			
3. Impfung			

\* a) Comirnaty (BioNTech/Pfizer), b) Spikevax (Moderna), c) Vaxzevria (AstraZeneca), d) Covid-19 Vaccine Janssen

Frühere Infektionen mit SARS-CoV-2:

Hatten Sie schon einmal eine mit einem PCR-Test nachgewiesene Infektion

ja:

nein:

- Wenn ja: Bitte geben Sie das Datum der PCR-Testung an

**Angaben zu Ihren Kontaktpersonen sowie sonstigen Umständen:**

Damit das Gesundheitsamt eine Einschätzung zu dem Verbreitungsrisiko vornehmen kann, machen Sie nun bitte Angaben zu Ihren Kontaktsituationen. Es geht um den Zeitraum: **2 Tage vor dem Symptombeginn oder 2 Tage vor der Testdurchführung bis zur eigenen Absonderung.**

Hatten Sie in diesem Zeitraum Kontakte zu Einrichtungen für ältere oder behinderte Menschen?

ja:  nein:

- Falls ja: Welche Einrichtung

Hatten Sie in diesem Zeitraum Kontakte zu Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen?

ja:  nein:

- Falls ja: Welche Einrichtung?

Sind Sie Beschäftigter eines Bereichs der KRITIS (z.B. Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienste, Krankenhaus...)

ja:  nein:

- Falls ja: Wo sind Sie beschäftigt?

Haben Sie in diesem Zeitraum eine Schule oder einen Kindergarten besucht oder waren Sie dort tätig?

ja:  nein:

- Falls ja: Welche Schule oder KITA?

**Bitte informieren Sie - falls noch nicht erfolgt - die KITA-Einrichtung oder Schule über den pos. Test**

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

[gesundheitsamt@landkreis-cuxhaven.de](mailto:gesundheitsamt@landkreis-cuxhaven.de)