

Anlage 3  
zur Rechtsverordnung des Landkreises Anhalt-Bitterfeld zur Information und Benennung der  
Kontaktpersonen

## Selbstauskunft enge Kontaktpersonen

Zum elektronisch Ausfüllen verwenden Sie den **Adobe Acrobat Reader** (auch als App verfügbar)

### 1. Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_ KK: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### 2. Letzter Kontakt zum Infizierten → Fall-Nr.

Infizierter (Index) \_\_\_\_\_ Letzter Kontakttag: \_\_\_\_\_

Beschreibung dieses Kontaktes (nur Stichwort)

\_\_\_\_\_

#### **Definition enger Kontaktpersonen**

Kontaktpersonen zu einem bestätigten COVID-19-Fall werden bei Vorliegen **mindestens einer der folgenden Situationen** als enge Kontaktpersonen (mit erhöhtem Infektionsrisiko) definiert:

1. Enger Kontakt (<1,5 m, Nahfeld) länger als 10 Minuten **ohne** adäquaten Schutz (adäquater Schutz = Fall und Kontaktpersonen tragen **durchgehend und korrekt** MNS [Mund-Nasen-Schutz] oder FFP2-Maske).

2. Gespräch mit dem Fall (face-to-face-Kontakt, <1,5 m, unabhängig von der Gesprächsdauer) **ohne** adäquaten Schutz (adäquater Schutz = Fall und Kontaktperson tragen **durchgehend und korrekt** MNS [Mund-Nasen-Schutz] oder FFP2-Maske).

3. Gleichzeitiger Aufenthalt von Kontaktpersonen und Fall im selben Raum mit wahrscheinlich hoher Konzentration infektiöser Aerosole unabhängig vom Abstand für > 10 Minuten, **auch wenn durchgehend und korrekt** MNS (Mund-Nasen-Schutz) oder FFP2-Maske getragen wurde.

### **3. Liegen derzeit Corona-(ähnliche) Symptome vor?**

|                          |      |                                 |                                    |                                      |                                 |  |                                  |
|--------------------------|------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|--|----------------------------------|
| Nein                     | Ja   | <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Schnupfen | <input type="checkbox"/> Halsschmerz | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit | <input type="checkbox"/> Atemnot |
| <input type="checkbox"/> | seit |                                 |                                    |                                      |                                 |  |                                  |

Wichtige Grunderkrankungen: \_\_\_\_\_

### **4. Angaben zur Arbeitsstätte**

Tätigkeit als: \_\_\_\_\_ Letzter Arbeitstag \_\_\_\_\_

Name und Ort der Arbeitsstätte: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Derzeit im Krankenstand:  nein  Ja, bis: \_\_\_\_\_

### **5. Angaben zu einer SARS-CoV-2-Vorerkrankung**

Waren Sie in der Vergangenheit selbst mit SARS-CoV-2 infiziert?  nein  Ja, wann: \_\_\_\_\_

### **6. Ist ein Abstrich notwendig?**

- Symptome gemäß Nr. 3 vorhanden
- Berufliche Tätigkeit in Medizin, Pflege o. ä. (siehe Nr. 4)
- Angehöriger einer vulnerablen Gruppe
- Untergebracht in einer Gemeinschaftseinrichtung
- Kita-Kind, Schüler, Hort-Kind, Berufsschüler o. ä.
- Anderes, nämlich: \_\_\_\_\_

### **7. Sind Sie gegen SARS-CoV-2 vollständig geimpft?**

nein  Ja, wann: \_\_\_\_\_

**8. Mitbewohner im Haushalt der KP** (wenn bedeutsam)

**Name:**

---

**Name:**

---

**Name:**

---

**Name:**

---

**Name:**

---

Die wahrheitsgemäße Angabe aller Informationen ist verpflichtend.