

Covid-19 Kontaktpersonenermittlung / Verdachtsfall / Erkrankungsfall



Allgemeine Information

Dieses Formular ist bei Verständigung über ein positives PCR-Testergebnis (z. B. per SMS oder E-Mail) **SOFORT**, bevorzugt elektronisch ausgefüllt an Ihre Gesundheitsbehörde (Bezirkshauptmannschaft, Magistrat) zu übermitteln. Hierzu sind Sie **gemäß § 5 Abs. 1 Epidemiegesetz 1950 verpflichtet!**

Alternativ können Sie uns Ihre Kontaktpersonen auch online unter <https://www.noel.gv.at/covid-kp> melden. Bei einem negativen Testergebnis können Sie dieses Formular löschen.

Empfangsstelle

Zuständige Bezirksverwaltungsbehörde

Kontaktpersonenermittlung von Person

Anrede * Frau Herr

Titel vorgestellt _____

Vorname * _____ Familienname * _____

Titel nachgestellt _____

Geburtsdatum _____

Adresse

Straße * _____ Hausnummer * _____ bis _____ Stiege _____ Tür _____

Postleitzahl * _____ Ort * _____

Kontaktdaten

Telefon * _____ E-Mail * _____

Arbeitgeber: _____ letzter Arbeitstag/Schulbesuch/Kindergartenbesuch _____

Symptombeginn _____ Tag der Probennahme _____

Tätig im Gesundheitsbereich Großbetrieb schulischen Bereich/Bildung Kindergarten _____

Anzahl Arbeitnehmer/Mitschüler _____ Anzahl Kundenkontakte pro Tag _____

Informationen

Sie erhalten dieses Formular, weil

- der Verdacht besteht, Sie hätten sich mit SARS-CoV-2 infiziert
- Sie positiv auf Corona getestet wurden.

Zur Verhinderung einer möglichen Weiterverbreitung der Krankheit ist es erforderlich, dass Sie ALLE Personen bekannt geben, zu denen Sie 48 Stunden vor Symptombeginn oder bei Symptomlosigkeit vor der Probennahme bis jetzt engen Kontakt hatten.

Tragen Sie bitte alle Personen in die umseits angeführte Liste ein (z. B. Personen im eigenen Haushalt, Familienmitglieder, Freunde, Arbeitskollegen etc.) und übermitteln Sie diese so bald als möglich an Ihre zuständige Bezirksverwaltungsbehörde.

Wenn Sie manche Felder nicht ausfüllen können, da Ihnen die Daten, wie z. B. der genaue Name, nicht bekannt sind,

- ersuchen wir Sie, direkt bei den betreffenden Personen nachzufragen oder
- **uns einen informierten Ansprechpartner (Arbeitgeber, Schichtleiter, Personalstelle, Trainer ...) zu nennen**

Bitte versuchen Sie jedenfalls die **Telefonnummer, Geburtsdatum** und **E-Mail-Adresse** anzugeben. Nur mit vollständigen Kontaktdaten sind wir in der Lage, zeitnahe die erforderlichen Maßnahmen treffen zu können.

Denken Sie bitte an Kontakte in der Familie, im Freundeskreis, im Beruf, in der Freizeit etc. Manchen Menschen hilft es, ihren Kalender durchzuschauen.

Darüber hinaus ist es erforderlich, dass Sie Ihre vermutete Ansteckungsquelle angeben:

Haushaltsangehörige <input type="checkbox"/>	persönliche Dienstleistungen (Frisör, Kosmetik, etc.)
Familienmitglieder <input type="checkbox"/>	Gaststätten <input type="checkbox"/>
Freunde <input type="checkbox"/>	Beherbergungsbetrieb <input type="checkbox"/>
Bildungseinrichtung (Uni/Schule/Kindergarten/etc.): Einrichtung:Klasse/Gruppe:.....	Berufsausübung <input type="checkbox"/>
Öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/>	Sonstiges:
Einkauf <input type="checkbox"/>	

Wir bedanken uns im Voraus für Ihre genauen Angaben und ersuchen Sie, das Formular am Computer oder am Handy auszufüllen (Speichern Sie die Datei lokal ab und verwenden Sie zur Bearbeitung z. B. das Programm „[Adobe Reader](#)“). Sie leisten damit einen wesentlichen Beitrag zur Verhinderung der Weiterverbreitung der Krankheit.

Hinweis: Sie sind gemäß § 5 Abs. 1 Epidemiegesetz 1950 verpflichtet, die Kontaktdaten vollständig und richtig zeitnahe der Bezirksverwaltungsbehörde zu übermitteln. Sollten Sie dies unterlassen, oder bewusst falsche Angaben tätigen, wird ausnahmslos ein Verwaltungsstrafverfahren eingeleitet!

Im Feld „**Art und Ort des Kontaktes**“ können Sie zusätzliche Angaben machen, wie sich der Kontakt genau gestaltet hat (z. B. Sport, Besprechung, PKW etc.).

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

*) Nur auszufüllen soweit bekannt.

Selber Haushalt: Personen mit denen sie im gleichen Haushalt wohnen und Kontakt haben (in diesem Fall kann die zusätzliche Angabe der Adresse entfallen).

Übermittlung

Bitte speichern Sie das ausgefüllte Formular lokal auf Ihrem Gerät ab.

Übermitteln Sie das ausgefüllte Formular per **E-Mail** an Ihre zuständige **Bezirkshauptmannschaft** bzw. an Ihren zuständigen **Magistrat**.

Kontaktpersonenermittlung

ACHTUNG: Gemäß den Vorgaben des BMSGPK sind folgende Personen keine Kontaktpersonen und deshalb nicht durch Sie als Kontaktperson anzugeben:

- 1) wenn Sie und die Kontaktperson während des Kontaktes eine FFP2-Maske bzw. MNS (Kinder 6–14 Jahre) getragen haben oder
- 2) die Kontaktperson mindestens 3 immunologische Ereignisse* vor dem Kontakt hatte, wobei das letzte immunologische Ereignis nicht länger als sechs Monate zurückliegen darf.
Bei Kindern von 5–11 Jahren sind mindestens 2 immunologische Ereignisse** erforderlich.

*) 3 immunologische Ereignisse liegen vor bei 3 Impfungen oder 2 Impfungen und einer Genesung, wobei zwischen dem 1. und 2. Immunologischen Ereignis nicht mehr als 6 Monate dazwischen liegen dürfen.

***) 2 immunologische Ereignisse liegen vor bei 2 Impfungen oder einer Impfung und einer Genesung, wobei zwischen dem 1. und 2. Immunologischen Ereignis nicht mehr als 6 Monate dazwischen liegen dürfen.

Lfd Nr.	Familienname	Vorname	SV-Nr.*)	Geburtsdatum *)	Selber Haushalt	Adresse	Telefonnummer	E-Mail	Kontakt am	Art und Ort des Kontaktes	Kontakteinteilung
1					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht
2					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht
3					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht
4					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht
5					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht
6					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht
7					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht
8					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht
9					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht

Lfd Nr.	Familien-name	Vorname	SV-Nr.*)	Geburts-datum *)	Selber Haus-halt	Adresse	Telefon-nummer	E-Mail	Kontakt am	Art und Ort des Kontaktes	Kontakteinteilung
10					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht
11					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht
12					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht
13					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht
14					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht
15					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht
16					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht
17					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht
18					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht
19					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht
20					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht