



Hindenburgstraße 20/1

Ludwigsburg

Telefon (07141) 144-69200

Internet:

www.landkreis-ludwigburg.de

Fachbereich:

Gesundheitsschutz

Selbstauskunft für SARS-COV-2-INFIZIERTE

1. MELDUNGSANGABEN

<input type="checkbox"/> PCR positiv getestet Am:	<input type="checkbox"/> Antigen-Schnelltest positiv getestet Am:
Grund der Meldung:	
<input type="checkbox"/> Änderung der Quarantäne	<input type="checkbox"/> Aufhebung der Quarantäne mit negativem PCR-Test bei Symptombefreiheit bei vollständig geimpften Personen
<input type="checkbox"/> Sonstiger Grund:	

2. PERSÖNLICHE DATEN SARS-COV-2-INFIZIERTE/R

Vorname*:	Nachname*:
Zweiter Vorname:	Geburtsdatum*:
Straße*:	Haus Nr.*:
Postleitzahl*:	Wohnort*:
Art der Wohnunterkunft*:	
Telefon*:	Handy Nr.*:
E-Mail*:	
Hausarzt:	
Straße:	Haus Nr.:
Postleitzahl:	Ort:
Arbeitgeber/Schule/Kita/Institution*:	
Beruf:	Straße Nr.:
Postleitzahl:	Ort:
Zuletzt tätig vor Ort*	

3. IMPFUNG

Sars-Cov-2-Impfung*	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
1. Impfung	Impfstoff: Datum: Chargennummer:
2. Impfung	Impfstoff: Datum: Chargennummer:
3. Impfung	Impfstoff: Datum: Chargennummer:

4. KLINISCHE INFORMATIONEN

Symptome:*	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Erkrankungsbeginn:	Abstrich-Datum:
<input type="checkbox"/> Halsschmerzen <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Pneumonie (Lungenentzündung) <input type="checkbox"/> Schnupfen <input type="checkbox"/> Fieber (wenn ja: _____ °C) <input type="checkbox"/> Beatmungspflichtige Atemwegserkrankung <input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Geruchsverlust <input type="checkbox"/> Geschmacksverlust <input type="checkbox"/> Tachykardie (Herzrhythmusstörung) <input type="checkbox"/> Tachypnoe (beschleunigte Atmung) <input type="checkbox"/> Akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS) <input type="checkbox"/> Sonstige: _____

5. VORERKRANKUNGEN

Vorerkrankungen/Risikofaktoren	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf (inkl. Bluthochdruck) <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Lebererkrankung <input type="checkbox"/> Neurologische/neuromuskuläre Erkrankung <input type="checkbox"/> Immundefizienz (inkl. HIV)	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> Chronische Lungenerkrankung (z.B. COPD) <input type="checkbox"/> Krebserkrankung <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (Trimester: ____) <input type="checkbox"/> Postpartum (weniger als 6 Wochen)

6. Hospitalisierung

Hospitalisiert*:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Von:	Bis:
Grund*:	

7. EXPOSITION/ERREGERKONTAKT

Kontakt zu pos. Fall (14 Tage vor Erkrankungsbeginn/Testdatum) *:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wer:	
Wann:	
Umfeld:	
Haushaltsangehörige*:	Positiv getestet: Ja <input type="checkbox"/> Anzahl: _____ Nein <input type="checkbox"/>
1.	Geburtsdatum:
<input type="checkbox"/> Vollständig geimpft	<input type="checkbox"/> Positiv
2.	Geburtsdatum:
<input type="checkbox"/> Vollständig geimpft	<input type="checkbox"/> Positiv
3.	Geburtsdatum:
<input type="checkbox"/> Vollständig geimpft	<input type="checkbox"/> Positiv
4.	Geburtsdatum:
<input type="checkbox"/> Vollständig geimpft	<input type="checkbox"/> Positiv
5.	Geburtsdatum:
<input type="checkbox"/> Vollständig geimpft	<input type="checkbox"/> Positiv

8. REISEANAMNESE

Reise (innerhalb der letzten 14 Tage)*	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Von:	Bis:
Land:	Stadt:
Art der Unterkunft	
Transportmittel hin:	Transportmittel zurück:
Reisedauer reine Flug-/ Fahrtzeit >5h	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

9. Notizen

Bitte Beachten, Sie, dass hier gestellte Fragen nicht bearbeitet werden können. Wenden Sie sich bei Fragen bitte an die entsprechende Hotline.

10. ANGABEN ZUR ERSTELLUNG DER SELBSTAUSKUNFT

Ausgefüllt von*:	Ausgefüllt am*:
<input type="checkbox"/> Infizierter Person	
<input type="checkbox"/> anderer Person	Name:
	Adresse:
	Telefon Nr.:

Bitte Senden sie den vollständig ausgefüllten Fragebogen an:

corona-selbstauskunft@landkreis-ludwigsburg.de