Landkreis Hildesheim

Ermittlung SARS-CoV-2 infizierte Person				**Isolierung**	vom		bis zum	
Name				**Geboren am**				
Vorname				**Geschlecht**	Männlich ☐	Weiblich ☐	Divers ☐	
Postleitzahl		**Wohnort**		**Straße**			**Nummer**	
Telefonnummer möglichst Mobiltelefon				**E-Mail-Adresse**				
Beruflicher Kontakt zu z.B. Altenpflegeeinrichtung, Krankenhaus, Arztpraxis ☐				**Beruflicher Kontakt zu z.B. Schule, Kinderbetreuungs-, Flüchtlingseinrichtung** ☐			**Letzter Arbeitstag**	
Arbeitsstätte				**Datum Abstrichnahme PCR mit Nachweis SARS-CoV-2**			**Datum Beginn erster Symptome**	

Vorerkrankungen	**Ja**	**Nein**		**Ja**	**Nein**
Z.n. COVID-19, genesen bis:	☐	☐	**Lungen-Erkrankung** z.B. Asthma, COPD	☐	☐
Übergewicht BMI ≥ 30	☐	☐	**Leber-Erkrankung** z.B. Leberzhirrose	☐	☐
Stoffwechsel-Erkrankung z.B. Zuckerkrankheit, Erkrankung der Schilddrüse	☐	☐	**Nieren-Erkrankung** z.B. Nierenschwäche, Hämodialyse-Therapie	☐	☐
Herz-Kreislauf-Erkrankung z.B. Bluthochdruck, Herzschwäche, unregelmäßiger Herzschlag	☐	☐	**Immunabwehr-Erkrankung** z.B. HIV-Infektion, Autoimmunerkrankung, Organtransplantation	☐	☐
Krebs-Erkrankung	☐	☐	**Erkrankung der Nerven oder Muskeln** z.B. Multiple Sklerose, Muskelschwächen	☐	☐
Symptome	**Ja**	**Nein**		**Ja**	**Nein**
Körpertemperatur ≥ 38,5°C (unabhängig vom Ort der Messung)	☐	☐	**Kopfschmerzen**	☐	☐
Geruchsverlust	☐	☐	**Neu aufgetretene Kurzatmigkeit**	☐	☐
Geschmacksverlust	☐	☐	**Dauerhafte Müdigkeit**	☐	☐
Halsschmerzen	☐	☐	**Schnupfen**	☐	☐
Husten	☐	☐	**Sonstiges**	☐	☐

Erhaltene Impfung mit	**1. Impfdosis**	**Datum**	**2. Impfdosis**	**Datum**	**3. Impfdosis**	**Datum**	**4. Impfdosis**	**Datum**
Bisher keine COVID-19-Impfung erhalten!!! ☐								
Vaxzevria® von AstraZeneca	☐		☐		☐		☐	
Comirnaty® von BioNTech	☐		☐		☐		☐	
COVID-19 Vaccine Janssen® von Janssen-Cilag	☐		☐		☐		☐	
Nuvaxovid® von Novavax	☐		☐		☐		☐	
Spikevax® von Moderna	☐		☐		☐		☐	