

Von (Vorname, Nachname):

Bitte geben Sie alle Kontaktpersonen (Privat- und Arbeitsumfeld) an, mit denen Sie **seit dem** _____ **bis jetzt** Kontakt hatten und übersenden diese bitte schnellstmöglich als Fax an **04261/983-883248** oder an **Infektionsschutz@lk-row.de**. Die Vorgaben, wer als Kontaktperson anzusehen ist, entnehmen Sie bitte den Kriterien des Merkblatts "**Hinweise zur Kontaktpersonenverfolgung - Ermittlung und Definition von Kontaktpersonen**". Sollten die Zeilen dieses Dokumentes nicht ausreichend sein, verwenden Sie dieses Dokument bitte zweifach.

Bitte füllen Sie alle Angaben aus!

Nr.	Name	Vorname	Anschrift (Straße, HausNr., PLZ, Ort)	Geburtsdatum	Telefonnummer	Tag des letzten Kontaktes	Ist die Person im medizinischen/ pflegerischen Be- reich tätig?	Ist die Person geimpft? - Impfstoffname - Datum der 1. und 2. Impfung - ggf. Datum der 3. Impfung
							<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Impfstoffname: 1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung:
							<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Impfstoffname: 1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung:
							<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Impfstoffname: 1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung:
							<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Impfstoffname: 1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung:

Kontaktpersonenliste

							<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Impfstoffname: 1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung:
							<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Impfstoffname: 1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung:
							<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Impfstoffname: 1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung:
							<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Impfstoffname: 1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung:
							<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Impfstoffname: 1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung:
							<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Impfstoffname: 1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung: