|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Unternehmen:** |  | | |
| **(ggf. Abteilung/Unternehmensteil):** | | |  |
| **Mitglieds-Nummer:** | |  | |

| **Um neue Zeilen anzulegen, drücken Sie bitte in der letzten Zeile im letzten Feld der Tabelle die Tab-Taste**. | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Vorname** | **Geb.- Datum** | **Anschrift**  **(Straße, PLZ, Ort)**  **und Telefonnr.** | **Arbeitsbereich (Praxis/Station/ Abteilung)** | **Tätigkeit/ Beruf** | **Art der Testung, Zeitpunkt** | **Ergebnis (pos./neg.)** | **Arbeitsunfähigkeit von bis?**  **ggf. laufend?** | **Stationäre Behandlung?**  **Ja/Nein** | **Infektionsquelle/ Indexperson (Initialen,  Geb.-Datum und Kontaktzeitraum)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Ansprechpartner im Unternehmen/Telefonnummer: |
|  |
| Betriebsarzt (Name, Anschrift, Telefonnummer): |
|  |
| Zuständiges Gesundheitsamt (Ansprechpartner/Telefonnummer): |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |