|  |  |
| --- | --- |
| **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 |