

# Checkliste für positiv auf SARS-CoV-2 getestete Personen



Wir bitten Sie oder einen Angehörigen um Mithilfe, zur Erfassung der unten aufgeführten Daten. Senden Sie hierfür bitte die ausgefüllte Checkliste individuell an [checkliste-corona@dahme-spreewald.de](mailto:checkliste-corona@dahme-spreewald.de).  
Speichern Sie die Checkliste zunächst auf dem PC ab und füllen sie dann aus.

Wenn Sie diese Checkliste nicht am Computer ausfüllen können, dann schreiben Sie die Antworten formlos per E-Mail. Eine Ausfüllhilfe finden Sie auch unter Downloads.

Schnelltest positiv       PCR-Test positiv

Datum der Meldung:

<b>Name, Vorname:</b>			
<b>Geburtsdatum:</b>			
<b>Anschrift:</b>			
<b>Telefon:</b>			
<b>E-Mail:</b>			
<b>Waren Sie in den letzten 14 Tagen verreist:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Wenn ja, wohin waren Sie verreist; Bitte auch das Reiseland angeben:</b>	
<b>Berufliche Tätigkeit / Rentner/in / Bewohner/in /Schüler/in / Kitakind etc.:</b>			
<b>Arbeitsstelle:</b>			
<b>Letzter Arbeitstag:</b>		<b>Letzter Schultag /Kitatag etc.:</b>	
<b>Krankenhaus, Arztpraxis, sonst. med. Einrichtung:</b>		<b>Station/Bereich:</b>	
<b>Gemeinschaftseinrichtung (Schule, Kita etc.):</b>		<b>Gruppe/Klasse:</b>	
<b>Gemeinschaftseinrichtung (Altenheim, Wohnheim...etc.)</b>		<b>Wohnbereich:</b>	

<b>Sind Symptome vorhanden:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Schnupfen	<input type="checkbox"/> Geschmacksverlust <input type="checkbox"/> Geruchsverlust <input type="checkbox"/> Herz-Rhythmus-Störung <input type="checkbox"/> Halsschmerzen/-entzündung. <input type="checkbox"/> beatmungspflichtig	<input type="checkbox"/> akutes/schweres Atemnotsyndrom <input type="checkbox"/> sonstige Symptome/allg. Krankheitszeichen:
<b>Symptombeginn:</b>		<b>Abstrichdatum:</b>	

<b>Impfstatus:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Anzahl der Impfungen:</b>	<b>Datum der 1. Impfung:</b>	
<b>Datum der 2. Impfung:</b>		<b>Datum der 3. Impfung:</b>	
<b>Name des Impfstoffherstellers:</b>		<b>Waren Sie schon einmal an Corona erkrankt:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Bei wem haben Sie sich angesteckt (Name, falls bekannt):</b>		<b>Wohnen Sie mit dieser Person in einem gemeinsamen Haushalt:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Wenn nein, dann geben Sie bitte die Anschrift der positiven Person an</b>		<b>Letzter Kontakt zum Positivfall:</b>	

Stationäre Aufnahme:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der stat. Aufnahme:	
Haben Sie sich im Krankenhaus angesteckt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wurden Sie auf einer ITS behandelt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
War eine Beatmung notwendig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Risikofaktoren (ankreuzen) <input type="checkbox"/> Keine		
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung /Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung
<input type="checkbox"/> neurologische/neuromuskuläre Erkrankung	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/> Chron. Lungenerkrankung, ZB.COPD	<input type="checkbox"/> Immundefizienz/HIV	<input type="checkbox"/> Wochenbett
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft/Trimester	Sonstiges:	

**Hinweis:**

Ihren digitalen Genesen-Nachweis erhalten Sie unter Vorlage Ihres positiven PCR-Ergebnisses ggf. bei Ihrem Hausarzt oder in der Apotheke.