

Covid-19 Kontaktpersonenermittlung / Verdachtsfall /Erkrankungsfall



Allgemeine Information

Dieses Formular ist bei einem positiven Testergebnis SOFORT, bevorzugt elektronisch ausgefüllt an Ihre Gesundheitsbehörde (Bezirkshauptmannschaft, Magistrat) zu übermitteln. Alternativ können Sie uns Ihre Kontaktpersonen auch online unter <https://www.noel.gv.at/covid-kp> melden. Bei einem negativen Testergebnis können Sie dieses Formular löschen.

Empfangsstelle

Zuständige Bezirksverwaltungsbehörde

Kontaktpersonenermittlung von Person

Anrede * Frau Herr
Titel vorgestellt _____
Vorname * _____ Familienname * _____
Titel nachgestellt _____
Geburtsdatum _____

Adresse

Straße * _____ Hausnummer * _____ bis _____ Stiege _____ Tür _____
Postleitzahl * _____ Ort * _____

Kontaktdaten

Telefon * _____ E-Mail * _____

Arbeitgeber: _____ letzter Arbeitstag/Schulbesuch/Kindergartenbesuch _____

Symptombeginn _____ Tag der Probennahme _____

Tätig im Gesundheitsbereich Großbetrieb schulischen Bereich/Bildung Kindergarten _____

Anzahl Arbeitnehmer/Mitschüler _____ Anzahl Kundenkontakte pro Tag _____

Informationen

Sie erhalten dieses Formular, weil

- der Verdacht besteht, Sie hätten sich mit SARS-CoV-19 infiziert und daher zur Testung angemeldet wurden
- Sie positiv auf Corona getestet wurden und nun eine Weiterverbreitung des Virus verhindert werden muss.

Zur Verhinderung einer möglichen Weiterverbreitung der Krankheit ist es erforderlich, dass Sie ALLE Personen bekannt geben, zu denen Sie 48 Stunden vor Symptombeginn bzw. vor der Probennahme bis jetzt direkten Kontakt hatten.

Tragen Sie bitte alle Personen in die umseits angeführte Liste ein (z.B. Personen im eigenen Haushalt, Familienmitglieder, Freunde, Arbeitskollegen etc.) und übermitteln Sie diese so bald als möglich an Ihre zuständige Bezirksverwaltungsbehörde.

Wenn Sie manche Felder nicht ausfüllen können, da Ihnen die Daten, wie zB der genaue Name, nicht bekannt sind,

- ersuchen wir Sie, direkt bei den betreffenden Personen nachzufragen oder
- **uns einen informierten Ansprechpartner (Arbeitgeber, Schichtleiter, Personalstelle, Trainer) zu nennen**

Bitte versuchen Sie jedenfalls die **Telefonnummer** und **E-Mail Adresse** anzugeben. Nur mit vollständigen Kontaktdaten sind wir in der Lage zeitnahe die erforderlichen Maßnahmen treffen zu können.

Denken Sie bitte an Kontakte in der Familie, im Freundeskreis, im Beruf, in der Freizeit etc. Manchen Menschen hilft es, ihren Kalender durchzuschauen.

Wir bedanken uns im Voraus für Ihre genauen Angaben und ersuchen Sie, das Formular am Computer oder am Handy auszufüllen (Speichern Sie die Datei lokal ab und verwenden Sie zur Bearbeitung z.B. das Programm „[Adobe Reader](#)“). Sie leisten damit einen wesentlichen Beitrag zur Verhinderung der Weiterverbreitung der Krankheit.

Bitte die Spalte „**Wird durch Arzt ausgefüllt**“ **nicht ausfüllen!** Ihre Daten werden von einem Arzt/einer Ärztin der Gesundheitsbehörde geprüft und es wird entschieden, ob weitere Schritte erforderlich sind.

Im Feld „**Art und Ort des Kontaktes**“ können Sie zusätzliche Angaben machen, wie sich der Kontakt genau gestaltet hat.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

*) Nur auszufüllen soweit bekannt.

Selber Haushalt: Personen mit denen sie im gleichen Haushalt wohnen und Kontakt haben (in diesem Fall kann die zusätzliche Angabe der Adresse entfallen).

Übermittlung

Bitte speichern Sie das ausgefüllte Formular lokal auf Ihrem Gerät ab.

Übermitteln Sie das ausgefüllte Formular per **E-Mail** an Ihre zuständige **Bezirkshauptmannschaft** bzw. an Ihren zuständigen **Magistrat**.

Kontaktpersonenermittlung

Nr.	Familienname	Vorname	SV-Nr.*)	Geburtsdatum *)	Selber Haushalt	Adresse	Telefonnummer	E-Mail	Kontakt am	Art und Ort des Kontaktes	Kontakteinteilung	Schutzmaßnahmen	Wird durch Arzt ausgefüllt
1					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
2					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
3					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
4					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
5					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
6					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
7					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
8					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
9					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
10					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
11					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall

Nr.	Familienname	Vorname	SV-Nr.*)	Geburtsdatum *)	Selber Haushalt	Adresse	Telefonnummer	E-Mail	Kontakt am	Art und Ort des Kontaktes	Kontakteinteilung	Schutzmaßnahmen	Wird durch Arzt ausgefüllt
12					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
13					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
14					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
15					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
16					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
17					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
18					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
19					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
20					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
21					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall
22					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						<input type="checkbox"/> unter 15 Min. <input type="checkbox"/> über 15 Min. <input type="checkbox"/> unter 2 m <input type="checkbox"/> über 2 m <input type="checkbox"/> direkter Körperkontakt <input type="checkbox"/> drinnen <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> von Angesicht zu Angesicht	<input type="checkbox"/> MNS <input type="checkbox"/> Handschuhe <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Hochrisiko <input type="checkbox"/> Niedrigrisiko <input type="checkbox"/> kein Verdacht <input type="checkbox"/> Sonderfall