

>> nach Ausfüllen das Formular an den **Betriebsärztl. Dienst** schicken - **bitte NUR an:**
 FAX-Nr. 06221 - 56 **33444** oder E-Mail: cov19uu.barzt@med.uni-heidelberg.de

Selbstauskunft zu Kontakten im Rahmen der SARS-Cov2-Umgebungsuntersuchung zur

Indexperson _____ geb. _____

von Bereich/Stat./Amb. _____

Ein Kontakt mit einer Indexperson bedingt nicht unbedingt die Notwendigkeit eines Tests.
 Der Betriebsärztliche Dienst wird bei Nachfragen oder der Notwendigkeit eines Tests auf Sie zukommen.

Name		Vorname		Geb.-Datum
Tel.-Nr. beruflich		Tel.-Nr. privat / Handy		
E-Mail privat:				
Arbeitsplatz Abt./Station		Tätigkeit eingesetzt als		
Form des Kontakts bzw. Tätigkeiten:				
Anzahl der Kontakte zur Indexperson		letzter Kontakt am		
Dauer der Kontakte Gesamtzeit	ca. _____ Minuten	Entfernung zur Indexperson	ca. _____ Meter	
Zeit ohne Maske verbracht? (z.B. gemeinsame Pause)	Ja [<input type="checkbox"/>] Abstand: _____ m, Dauer: _____ min		Nein [<input type="checkbox"/>]	
zuletzt gearbeitet am : (falls z.Zt. nicht am Arbeitsplatz)				
Welche Schutzmaske wurde verwendet? Zutreffendes ankreuzen	Keine Maske oder Stoffmaske	med. MNS OP-Maske	FFP2 FFP3	
	[<input type="checkbox"/>]	[<input type="checkbox"/>]	[<input type="checkbox"/>]	[<input type="checkbox"/>]
	[<input type="checkbox"/>]	[<input type="checkbox"/>]	[<input type="checkbox"/>]	[<input type="checkbox"/>]
Haben Sie die SOP [Nr.105 SOP COVID-19 v. 21.07.21] eingehalten und MNS/FFP2-Maske getragen?	Ja [<input type="checkbox"/>]	Nein, wenn nein → Begründung: [<input type="checkbox"/>]		
Haben Sie aktuell Covid-Symptome? (z.B. Husten, Fieber, Halsschmerzen, Schnupfen, Kopfschmerzen, etc.)	Nein [<input type="checkbox"/>]	Ja, welche:		
SARS-Cov2-Immunität bei Ihnen angenommen (geimpft/genesen, detaillierte Definition SOP 110)	Nein [<input type="checkbox"/>]	Ja [<input type="checkbox"/>] geimpft, letzte Impfung am: [<input type="checkbox"/>] genesen, PCR-Nachweis am:		

Wenn die Weiterarbeit möglich ist:

- eine **Maske entsprechend SOP 105 wird permanent getragen**, auch im Kontakt zum Kollegium und anderen Personen
- **SOP 305** zu weiteren Regelungen zu Pausenzeiten und Testungen beachten
- **strikte Umsetzung** der Händehygiene
- bei Covid-typischen **Symptomen die Tätigkeit sofort einstellen** und eine PCR-Testung veranlassen

Datum _____ **Unterschrift:** _____