

**Anlage 1** der Allgemeinverfügung zur Absonderung von mit COVID-19 infizierten Personen und Verdachtspersonen: Corona-Selbstauskunft

## Selbstauskunft von an Covid-19 erkrankten Personen

Ich selbst bin mit dem Coronavirus infiziert.

### Persönliche Daten

Anrede	Titel
Name	Vorname
Geschlecht <input type="checkbox"/> keine Angaben <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbekannt	Geburtsdatum
Beruf <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Schüler*in <input type="checkbox"/> Student*in <input type="checkbox"/> Lehrer*in <input type="checkbox"/> Arzt*in <input type="checkbox"/> medizinisches Personal <input type="checkbox"/> Pflegepersonal <input type="checkbox"/> BDF/FSJ <input type="checkbox"/> Auszubildender <input type="checkbox"/> Berufstätig <input type="checkbox"/> Bundeswehr <input type="checkbox"/> Bundespolizei <input type="checkbox"/> Landespolizei <input type="checkbox"/> Rentner*in	

### Adresse

Straße		Hausnummer
Postleitzahl	Ort Halle (Saale)	
Telefon	Mobil	E-Mail-Adresse

## Arbeitsstätte/Gemeinschaftseinrichtung

Angaben zum Arbeitsort/Aufenthaltort (bitte ankreuzen, wenn Angabe auf Sie zutrifft):

Typ <input type="checkbox"/> Schule (Ich arbeite hier oder bin Schüler) <input type="checkbox"/> Kita (Ich arbeite hier oder werde hier betreut) <input type="checkbox"/> Hort (Ich arbeite hier oder werde hier betreut) <input type="checkbox"/> Krankenhaus (Ich arbeite hier oder bin Patient) <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung (Ich arbeite hier oder lebe hier) <input type="checkbox"/> Wohnheim (Ich arbeite hier oder lebe hier) <input type="checkbox"/> Jugendhilfeeinrichtung (Ich arbeite hier oder lebe hier) <input type="checkbox"/> Werkstätte für Behinderte (Ich arbeite hier) <input type="checkbox"/> bitte hier ankreuzen, wenn Sie nicht in einer der oben genannten Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten, betreut oder gepflegt werden		Ich arbeite in einem Großraumbüro (=mehr als 2 Beschäftigte im Büro) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name Firma/Unternehmen/Gemeinschaftseinrichtung etc.			
Abteilung			
Straße		Hausnummer	
Postleitzahl	Ort		
Telefon	Mobil	E-Mail-Adresse	
Ich befinde mich im Krankenstand seit:		Datum des letzten Aufsuchens	

## Anamnese

Bei mir bestehen folgende Grunderkrankungen (z.B. Krebs, Diabetes, ...):	
Ich bin aktuell oder war vor kurzem im Zusammenhang mit einem positiven Coronatest im Krankenhaus hospitalisiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Krankenhaus <input type="checkbox"/> BG Klinikum Bergmannstrost Halle <input type="checkbox"/> Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dölau <input type="checkbox"/> Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara <input type="checkbox"/> Universitätsklinikum Halle (Saale) <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben)
Aufnahme Krankenhaus (Datum)	Entlassung Krankenhaus (Datum)

Datum der ersten Symptome	momentaner Gesundheitszustand <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> krank	Ausprägung der Symptome <input type="checkbox"/> leichte <input type="checkbox"/> mittlere <input type="checkbox"/> schwere	
Fieber <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		letzte gemessene Temperatur (Grad Celsius)	
Husten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Abgeschlagenheit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Atemprobleme <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Schüttelfrost <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Halskratzen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Kopf- und Gliederschmerzen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
verstopfte Nase <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Übelkeit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Erbrechen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Durchfall <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

Geruchs-/Geschmacksverlust <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sonstiges <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bemerkungen

### Angaben zum Test

Testdatum	Testart <input type="checkbox"/> PCR-Test <input type="checkbox"/> Antigenschnelltest	Ergebnis <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ
<b>Testgrund (bei PCR Test)</b> <input type="checkbox"/> ich wurde bereits in den letzten 14 Tagen mit PCR-Test positiv getestet, dies ist der Endabstrich <input type="checkbox"/> ich hatte einen positiven Schnelltest <input type="checkbox"/> ich bin eine symptomatische Person – (oder bin Kontaktperson einer positiv getesteten symptomatischen Person) <input type="checkbox"/> ich bin Kontaktperson, Erstabstrich <input type="checkbox"/> ich bin Kontaktperson, Endabstrich <input type="checkbox"/> ich bin AuslandsReiserückkehrer aus Risikogebiet <input type="checkbox"/> ich bin AuslandsReiserückkehrer aus Gebiet mit hoher lokaler Inzidenz <input type="checkbox"/> Test in Fieberambulanz/Hausarzt wegen Corona typischen Krankheitssymptomen <input type="checkbox"/> Test in Fieberambulanz/Hausarzt wegen anderer Gründe <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht oder keine Angaben		
<b>Testgrund (bei Antigenschnelltest)</b> <input type="checkbox"/> Entscheidungstestung Gemeinschaftseinrichtung <input type="checkbox"/> Krankheitssymptome <input type="checkbox"/> Screening <input type="checkbox"/> andere Gründe		

## Impfstatus

Erstimpfung (Datum)	Impfstoff <input type="checkbox"/> COVID-19 Vaccine Moderna <input type="checkbox"/> Comirnaty BioNTech <input type="checkbox"/> COVID-19 Vaccine Astra-Zeneca <input type="checkbox"/> Vaccine Janssen (Johnson und Johnson) <input type="checkbox"/> anderer Impfstoff
Zweitimpfung (Datum)	Impfstoff <input type="checkbox"/> COVID-19 Vaccine Moderna <input type="checkbox"/> Comirnaty BioNTech <input type="checkbox"/> COVID-19 Vaccine Astra-Zeneca <input type="checkbox"/> Vaccine Janssen (Johnson und Johnson) <input type="checkbox"/> anderer Impfstoff
Drittimpfung (Datum)	Impfstoff <input type="checkbox"/> COVID-19 Vaccine Moderna <input type="checkbox"/> Comirnaty BioNTech <input type="checkbox"/> COVID-19 Vaccine Astra-Zeneca <input type="checkbox"/> Vaccine Janssen (Johnson und Johnson) <input type="checkbox"/> anderer Impfstoff

Ich versichere, dass meine vorstehenden Angaben wahr und richtig sind.

