

## Selbstauskunft von Mitarbeitern mit Kontakt zu gesichert SARS-CoV-2 infizierten Menschen

Anmerkung: Mit den folgenden Angaben helfen Sie uns, Ihr Risiko objektiv einzuschätzen und (unter Mitwirkung des Gesundheitsamts) die erforderlichen Maßnahmen abzuleiten.

**Infizierte Person (Indexperson)**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Exponierte Person (Mitarbeiter mit Risikokontakt)**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (privat): \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse (privat): \_\_\_\_\_

**Funktion und Einsatzort:** \_\_\_\_\_

**Wichtig: Bitte angeben, ob der Patient bei den jeweiligen Kontakten einen Mund-  
Nasenschutz (MNS) getragen hat!**

Kontaktdatum	Durchgehend angewendete Schutzausrüstung Mitarbeiter: nein/ja (wenn ja welche) Patient MNS getragen: nein/ja	Art der Exposition: Gespräch (bei kurzer Distanz unter 2 m) bitte Dauer aufführen, Auskultation, Mundpflege, Ultraschall, Intubation, etc....

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Falls aufgrund ihres Selbstauskunftsbogens Maßnahmen erforderlich sind, werden Sie von der Stabsstelle Klinikhygiene kontaktiert!**

Bitte schnellstmöglich je nach Standort Abgabe oder Versand per E-Mail an die Klinikhygiene.  
[klinikhygiene@bgu-murnau.de](mailto:klinikhygiene@bgu-murnau.de)

## **Interner Bearbeitungsvermerk**

(wird durch Stabstelle Klinikhygiene ausgefüllt):

**Risikokategorie:**  1  2  3

**Besonderheiten:**