

Fragebogen für Berufskrankheiten-/Unfallmeldung (COVID19)

Dienststelle:

Name:

SV-Nr:

1) Waren Sie erkrankt oder wurden Sie nur positiv getestet?

1a) Welche Art von Test wurde von wem durchgeführt?

..... Test am von

1b) Krankheitsbeginn

wie lange hat die Krankheit gedauert?

Anmerkungen:

.....

1c) War eine ärztliche Behandlung erforderlich?

ja, Arzt

1d) Hat die Erkrankung zu einem stationären Aufenthalt geführt?

ja, Krankenhaus

2) Haben Sie einen Bescheid über eine behördliche angeordnete Quarantäne erhalten? Wenn ja, bitte um Übermittlung.

3) War jemand in Ihrem privaten Umfeld erkrankt/positiv getestet? Beschreiben Sie bitte die Umstände (Art der Beziehung, Art des Kontaktes, Datum der Erkrankung etc.).

4) Waren sie 14 Tage vor dem Auftreten von Symptomen durchgehend im Dienst? Wenn nein, warum waren Sie von wann bis wann abwesend?

4a) Bei unregelmäßigem Dienst, wann wurde konkret Dienst verrichtet?

4b) Vermuten Sie eine Ansteckung während des Dienstes? Wenn ja, wann und aufgrund welcher konkreten Umstände?

4c) Haben Sie in einem Bereich gearbeitet, wo tatsächlich positiv getestete und erkrankte COVID-Personen aufhältig waren - innerhalb einer Zeit von 10 Tagen vor dem Auftreten Ihrer Symptome? Wie gestaltet sich dieser Bereich?

5) Welche Schutzmaßnahmen waren bei der Dienstverrichtung einzuhalten?

6) Haben Sie sonstige wesentliche Informationen zu Ihrer Erkrankung?

Datum, Unterschrift _____