

## Ergänzender Fragebogen zur Anzeige einer Erkrankung an COVID-19 als Dienstunfall

Name, Vorname:	
Dienstbezeichnung, Dienststelle	
Unfall vom:	
(Personal-)Aktenzeichen:	

Bitte beantworten Sie die nachfolgend genannten Fragen so ausführlich wie möglich. Ggf. verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.

### Eigene Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus

#### 1. Wurde die Infektion durch einen Test nachgewiesen?

- Nein
- Ja; bitte geben Sie die Art des Tests an:
  - Schnelltest am: \_\_\_\_\_
  - PCR-Test am: \_\_\_\_\_
  - anderes (bitte erläutern):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 2. Gab es Kontakt zum Gesundheitsamt, betriebsärztlichen/polizeiärztlichen Dienst oder einer anderen Ärztin/einem anderen Arzt, bzw. sonstigen offiziellen Stellen (z. B. Pandemiestab Ihrer Behörde)?

- Nein
- Ja; bitte geben Sie die Art des Kontaktes an:
  - Gesundheitsamt: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_
  - betriebs-/ polizeiärztlicher Dienst am: \_\_\_\_\_
  - andere Ärztin/Arzt (Name, Adresse und Erreichbarkeit):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - anderes (bitte erläutern):  
\_\_\_\_\_

Atteste, Testergebnisse und Quarantäneanordnungen ggf. bitte beifügen.

**Dienstlicher Kontakt zu erkrankten oder infizierten Personen (Indexperson/en)**

**3. Lässt sich die Infektion auf einen konkreten Kontakt zu einer (mehrere) Indexperson(en) im dienstlichen Umfeld zurückverfolgen? Wenn ja, wie intensiv war der Kontakt?**

- Nein (weiter mit 4.)
- Ja; bitte erläutern
  - Einmalig. Wann? \_\_\_\_\_  
Dauer des Kontakts: \_\_\_\_\_
  - Mehrfach. Wie oft? \_\_\_\_\_  
Erstmalig am: \_\_\_\_\_  
Letztmalig am: \_\_\_\_\_  
Dauer des Kontakts (Durchschnitt): \_\_\_\_\_

(Erläuterung:)

---

---

- Der Mindestabstand von 1,5 m wurde eingehalten.
- Es wurde von der Indexperson eine
  - Alltagsmaske,  medizinische Maske,  FFP2/Atenschutzmaske getragen.
- Es wurde selbst eine
  - Alltagsmaske,  medizinische Maske,  FFP2/Atenschutzmaske getragen.
- Kontakt bei Aufenthalt in Innenräumen
  - Bei Aufenthalt in Innenräumen wurde regelmäßig gelüftet.
- Konkrete, eine Infektion begünstigende Bedingungen lagen vor (z. B. körperlicher Kontakt, Dienstfahrten im PKW mit mehreren Personen)\*:  
\_\_\_\_\_
- Kontakt mit Atemwegssekret oder anderen Körperflüssigkeiten\*:  
\_\_\_\_\_
- schwere körperliche Arbeit bei mangelnder Lüftung\*:  
\_\_\_\_\_

(\*bitte jeweils erläutern)

**4. Gab es in Ihrem unmittelbaren dienstlichen Tätigkeitsumfeld zum mutmaßlichen Infektionszeitpunkt ein konkretes Ausbruchsgeschehen?**

- Nein (weiter mit 5.)
- Ja; bitte erläutern:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beschreibung des Tätigkeitsumfeldes:

- Einzelbüro       Mehrfachbüro
- Publikumsverkehr oder Tätigkeit mit vielen Personenkontakten / Einsatz Tätigkeit\*
- 
- Anzahl der üblichen Personenkontakte: \_\_\_\_\_
- Am Arbeitsplatz bzw. bei der dienstlichen Tätigkeit wurde jeweils eine (ggf. bitte erläutern)
- Alltagsmaske,  medizinische Maske,  FFP2/Atenschutzmaske getragen.
- 
- Konkrete, eine Infektion begünstigende Bedingungen lagen vor: (z. B. körperlicher Kontakt, keine Einhaltung Mindestabstand von 1,5 m möglich, Dienstreisen im PKW mit mehreren Personen, mangelnde Lüftungsmöglichkeiten)\*
- 
- in der Schule (z. B. im Sportunterricht, körpernahe Hilfestellungen, pflegerischer Kontakt an Förderschulen\*)
- 
- (\*bitte jeweils erläutern)

**Privater Kontakt zu erkrankten oder infizierten Personen (Indexperson/en)**

**5. Gab es in Ihrem privaten Umfeld zum mutmaßlichen Infektionszeitpunkt nachgewiesen erkrankte oder infizierte Personen?**

- Nein (weiter mit 7.)
- Ja. Wie viele? \_\_\_\_\_

**6. Wie intensiv war der Kontakt zu diesen Personen?**

- Einmalig. Wann? \_\_\_\_\_  
Dauer des Kontakts: \_\_\_\_\_
- Mehrfach. Wie oft? \_\_\_\_\_  
Erstmalig am: \_\_\_\_\_  
Letztmalig am: \_\_\_\_\_  
Dauer des Kontakts (Durchschnitt): \_\_\_\_\_
- Der Mindestabstand von 1,5 m wurde eingehalten.
- Es wurde jeweils eine (ggf. bitte erläutern)
- Alltagsmaske,  medizinische Maske,  FFP2/Atenschutzmaske getragen.
- 
- Kontakt bei Aufenthalt in Innenräumen.
- Bei Aufenthalt in Innenräumen wurde regelmäßig gelüftet.

- Konkrete, eine Infektion begünstigende Bedingungen lagen vor (z. B. körperlicher Kontakt):\*

\_\_\_\_\_

- Kontakt mit Atemwegssekret oder anderen Körperflüssigkeiten\*:

\_\_\_\_\_

- schwere körperliche Arbeit bei mangelnder Lüftung\*:

\_\_\_\_\_

(\*bitte jeweils erläutern)

### **7. Wie groß war die Anzahl und Häufigkeit Ihrer außerdienstlichen Personenkontakte im mutmaßlichen Infektionszeitraum?**

Kontakte in der Häuslichkeit (einschließlich Familienmitglieder):

\_\_\_\_\_

Be- und Versorgungsgänge:

\_\_\_\_\_

Nutzung ÖPNV:

\_\_\_\_\_

Sonstige Tätigkeiten und Zusammenkünfte mit (zahlreichen) Personen (Feiern, Veranstaltungen):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **COVID-19 Erkrankung**

**8. Welche Beschwerden sind aufgrund der Infektion eingetreten (z. B.: Husten, Schnupfen, Fieber, Störung des Geruchs- und / oder Geschmackssinns, Atemnot \*)?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(\*bitte jeweils erläutern)

**9. Wann treten bzw. traten diese Beschwerden auf und wie lange dauerten sie an?**

Erstmalig am: \_\_\_\_\_

Letztmalig am: \_\_\_\_\_

Dauer (Durchschnitt): \_\_\_\_\_

**10. Hat die Infektion anhaltende Folgen oder Beschwerden hinterlassen?**

- Nein;

- Ja. Welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Attest ggf. bitte beifügen.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.

---

Ort, Datum und Unterschrift der Beamtin/des Beamten oder der Richterin/des Richters