**Erfassung enger Kontaktpersonen der Kategorie I**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name und Ort von Einrichtung oder Betrieb:** | |  |
| **Name des bestätigten Falls, Krankheitsbeginn:** | | |
| **Ansprechpartner in der Einrichtung(Name, Telefonnummer):** | **Datum:** | |

**>> bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und an die 09602-79-6055 faxen oder an** [**gesundheitsamt@neustadt.de**](mailto:gesundheitsamt@neustadt.de) **senden**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname | Adresse, Telefon | letztes Kontaktdatum | Kontaktkategorie (s.u.) | Bearbeitungsvermerk GA |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |