**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** **senden**

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