




COVID-19-Kontaktformular

Bitte geben Sie zum Zweck der Nachverfolgung im Falle einer Covid-19 Erkrankung Ihre Kontaktdaten bekannt. Bitte leserlich ausfüllen.

Datum	Besuchte/r PatientIn/ Station
Vorname	Nachname
Telefonnummer/Mobilnummer	E-Mail
PLZ/Ort/Straße	
Unterschrift:	

IHR NACHWEIS – bitte ankreuzen

 GETESTET	 GEIMPFT	 GENESEN
<p>Ich habe ein negatives Covid-Testergebnis nicht älter</p> <p><input type="checkbox"/> 48 h: Antigen-Test (kein Selbsttest)</p> <p><input type="checkbox"/> 72 h: PCR-Test</p>	<p>Ich habe eine Covid-19-Erstimpfung vor mind. 21 Tagen erhalten. (Impfstoffe *)</p> <p><input type="checkbox"/> Erstimpfung nicht länger her als 3 Monate</p> <p><input type="checkbox"/> Impfung mit nur einer Dosis, nicht länger her als 9 Monate</p> <p><input type="checkbox"/> Genesen und Impfung nicht länger her als 9 Monate</p> <p><input type="checkbox"/> Covid-19-Zweitimpfung (Erstimpfung nicht länger her als 9 Monate)</p>	<p>Ich bin genesen und habe</p> <p><input type="checkbox"/> einen Absonderungsbescheid, nicht älter als 6 Monate</p> <p><input type="checkbox"/> neutralisierende Antikörper, mein Befund ist nicht älter als 3 Monate</p>
Datum, Uhrzeit des Test	Datum der Impfung	Datum des Nachweises

Auf Grundlage der Verordnung um LGBL für Wien, 35/2020, Art.I Daten werden nach 4 Wochen gelöscht.

* anerkannt: BioN Tech-Pfizer, Johnson & Johnson/Janssen, Moderna, AstraZeneca