



COVID-19

Wichtige Informationen über die häusliche Quarantäne

Sehr geehrte/r Patient/in,

Ihre **Einladung zur Corona-Teststation** erfolgte, da Sie als ansteckungsverdächtig oder krankheitsverdächtig mit dem Corona-Virus gelten.

Aufgrund des Infektionsrisikos gelten Sie als **Kontaktperson** und befinden sich für die **14 Tage nach Ihrem Kontakt mit der mit dem Coronavirus infizierten Person in häuslicher Quarantäne.**

Informationen und Regeln der häuslichen Quarantäne:

- Zu Hause bleiben:
 - **Striktes zu Hause bleiben** in Ihrer Wohnung
 - In Mehrfamilienhäusern **kein Kontakt zu anderen Bewohnern:**
Kein Benutzen von gemeinschaftlichen Orten (Briefkasten, Waschraum, Keller etc.)
 - **Untersagter Kontakt** zu Personen außerhalb Ihres Haushaltes
 - Mögliche **räumliche Trennung** zu anderen Haushaltsmitgliedern

- Gesundheitsüberwachung:
 - **Einhalten der Hygieneregeln:**
Häufiges Händewaschen, Husten & Niesen nur in die Armbeuge, Abstand halten, Berühren der Nase, Mund oder Augen vermeiden

- Unterstützung finden:
 - Medizinische Versorgung:
 - **Auftreten oder Verschlimmerung von Symptomen** wie Fieber, Husten, Gliederschmerzen und/ oder Geschmacksverlust:
Kontaktieren Sie Ihren **Hausarzt**, die **Nummer 116 117** oder die **GO-IN Praxis im Klinikum**
 - Kontaktieren Sie Ihre/n Haus- oder Facharzt/-ärztin bei **Bedarf nach Medikamenten oder einer ärztlichen Behandlung**
 - **Kontaktieren Sie das Gesundheitsamt** bei medizinischen Problemen, die zur Nicht-Einhaltung der Quarantäne führen können

- Versorgung mit Lebensmitteln:
 - Bitten Sie **Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn um Hilfe:**
Lebensmittel können einfach vor Ihrer Tür abgestellt werden
 - Unterstützung bieten der
Einkaufsdienst des Bayrischen Roten Kreuzes Ingolstadt
(Tel.: 0841 933314),
der Malteser-Einkaufsdienst Ingolstadt/ Eichstätt
(Tel.: 08421 980756)
das Seniorenbüro des Bürgerhauses Ingolstadt
(Tel.: 0841/305-2830) oder
ehrenamtlich Helfende in der Gemeinde

- Versorgung von Haustieren:
 - Bitten Sie **Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn um Hilfe** beim Spaziergehen etc.

- Kontaktmöglichkeiten:
 - Weitere Fragen bezüglich der Quarantänebestimmungen:
Kontaktieren Sie die medizinische Hotline des Gesundheitsamtes unter 0841/305-1430
 - **Systemrelevantes Personal** mit weiteren Fragen wendet sich bitte **an den Arbeitgeber bzw. den Betriebsarzt**

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Kramer
Medizinaldirektorin



vergebene Nummer

Anmeldebogen

für den COVID-19-Abstrich an der Drive-IN-Abstrichstation der Stadt Ingolstadt

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ und Ort

Arbeitgeber

Erreichbarkeit Arbeitgeber

Persönliche Telefonnummer (bestenfalls Handy)

persönliche E-Mail-Adresse

Name des Erziehungsberechtigten

Adresse des Erziehungsberechtigten, falls abweichend

Erreichbarkeit Erziehungsberechtigter (Telefonnummer und E-Mail-Adresse)

Sie sind: Kassenpatient

Privatpatient

Wichtige Hinweise:

Einverständniserklärung (gilt für Privatpatienten und Kassenpatienten ohne KV-Karte)

Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift Ihr Einverständnis zu erteilen, dass alle erbrachten Leistungen nach der Gebührenordnung (GOÄ) abgerechnet werden.

Sollten Sie als Kassenpatient Ihre Krankenversicherungskarte nicht vorlegen können, bitten wir Sie, diese innerhalb von 3 Werktagen in der Drive-IN-Station der Stadt Ingolstadt vorzulegen.

Anderenfalls sehen wir uns gezwungen, die Leistungen nach der Gebührenordnung privat in Rechnung zu stellen.

Datenschutzerklärung (gilt für alle Patienten)

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Weitergabe der erforderlichen personenbezogenen und medizinischen Daten an das Gesundheitsamt der Stadt Ingolstadt und die für die Durchführung von Spezialuntersuchungen (Labor) hinzugezogenen Ärzte oder Institutionen.

- Zudem erteile ich mein Einverständnis zur sofortigen Befundübermittlung an den Betriebsarzt.

Betriebsarzt

Erreichbarkeit Betriebsarzt

Ort und Datum

Unterschrift

Unterschrift Erziehungsberechtigter



Bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen die Kontaktliste sorgfältig aus!

Sie erleichtern uns unsere Arbeit und wir gewinnen sehr viel Zeit in der Nachverfolgung der betroffenen Personen!

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon für Rückfragen: _____ derzeitiger Beruf: _____

Meine Kontaktpersonen in den letzten 14 Tagen:

Familiäre Umgebung / berufliches Umfeld / sonstige (Freunde, Verein etc.)

- **Kategorie I,**

- ✓ Personen, zu denen ein **mindestens 15-minütiger Gesichtskontakt bestand** (face-to-face Kontakt, Kontakt mit Sekreten, Küssen, Anhusten, Anniesen)

- **Kategorie II,**

- ✓ Personen, die sich im selben Raum wie bestätigter COVID-19 Patient aufhielt, z.B. Klassenzimmer, Arbeitsplatz, jedoch **keinen kumulativ mindestens 15-minütigen** Gesichtskontakt mit dem COVID 19 Fall hatten.
- ✓ **Familienmitglieder, die keinen 15-minütigen Gesichtskontakt** hatten
- ✓ Medizinisches Personal mit Kontakt mehr als/gleich 2 m, wenn eine adäquate Schutzkleidung während der gesamten Zeit des Kontakts gem. Kategorie I getragen wurde.
- ✓ medizinisches Personal, welches im selben Raum wie der COVID-19 Patient aufhielt, aber eine Distanz von 2 Metern nie unterschritten hat.

Vielen Dank! 😊

Verwandtschaftsgrad	Name	Vorname	Geb. Datum	Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort, Telefon und/oder Email	Kontaktperson I oder Kontaktperson II	letzter Kontakt Datum?

Arbeitsplatz, Freunde und sonstige Personen

Arbeit, Freunde, sonstige Personen	Name	Vorname	Geb. Datum	Straße, Hausnr., PLZ, Wohnort, Telefon und/oder Email	Kontaktperson I oder Kontaktperson II	letzter Kontakt Datum?