

Covid-19 Temaslı Takibi / Şüpheli Vaka / Hastalık

Türkisch



Genel Bilgi

Bu form, test sonucunun pozitif çıkması halinde HEMEN (tercihen elektronik olarak) ilgili sağlık kurumuna (Bölge Idaresi, Şehir Idaresi) iletilmelidir. Buna alternatif olarak temasta bulduğunuz kişileri bize <https://www.noel.gv.at/covid-kp> adresinden de bildirebilirsiniz. Test sonucu negatif ise bu formu silebilirsiniz.

Kabul Merkezi

İlgili Bölge Idare Makamı

Temaslı Takibi Yapılan Kişi

Hitap * Bayan Bay

İsim öncesi ünvan _____

Adı * _____ Soyadı * _____

İsim sonrası ünvan _____

Doğum tarihi _____

Adres

Cadde * _____ Ev No: * _____ ile _____ Blok _____ Kapı No: _____

Posta Kodu * _____ Yer * _____

İletişim Bilgileri

Telefon * _____ E-Posta * _____

İşveren: _____ Son İş/Okul/Anaokulu günü _____

Semptomların başlangıcı _____ Örneklem günü _____

Çalıştığı Sektör Sağlık Sektörü Büyük İşletme Eğitim Sektörü Anaokulu _____

Çalışan/Öğrenci sayısı _____ Bir günde temasta bulunulan müşteri sayısı _____

Bu formu almanızın sebepleri,

- SARS-CoV-19 ile enfekte olduğunuza dair şüphe mevcut ve bu yüzden test kaydınızın yapılmış olması.
- Korona testiniz pozitif çıkmış ve buna müteakip virüsün yayılmasını önlemek üzere tedbir alınması gerekmektedir.

Hastalığın olası yayılmasını önleyebilmek için, semptomların başlamasından veya örnek alımından 48 saat öncesi ve şimdiye kadarki zaman dahilinde doğrudan temasta bulunduğunuz HERKESİ bildirmeniz gerekmektedir.

Lütfen bir sonraki sayfadaki listeye temasta bulunduğunuz herkesi ekleyiniz (örn. kendi evinizdeki kişiler, aile üyeleri, arkadaşlar, iş arkadaşları, vb.) ve bu listeyi mümkün olan en kısa sürede ilgili bölge idari makamına iletiniz.

Eğer bazı boşlukları bilgi eksikliğinden dolayı dolduramıyorsanız (örneğin tam ad bilinmiyorsa), bu durumda;

- doğrudan sözkonusu kişiye sormanızı rica ediyoruz ya da
- **bize bilgi sahibi olabilecek bir muhatap kişi ya da kurum (işveren, vardiya şefi, personel dairesi, antröner) bildiriniz**

Her bildiri için lütfen **telefon numaralarını** ve **e-posta adreslerini** yazmaya çalışın. Gerekli önlemleri ancak eksiksiz iletişim bilgileri sayesinde alabiliriz.

Lütfen aile içi, arkadaş çevresi, mesleki, boş zamanlardaki vb. temaslarınızı düşünün. Bazı insanlara, ajandalarına göz atmaları yardımcı olabilir.

Detaylı bilgileriniz için şimdiden teşekkür eder ve sizden bilgisayarınızdaki veya cep telefonunuzdaki formu doldurmanızı rica ederiz (dosyayı kendi cihazınıza kaydedin ve düzenlemek için örneğin "[Adobe Reader](#)" programını kullanın). Bunu yaparken, hastalığın yayılmasını önlemeye yönelik önemli bir katkıda bulunuyorsunuz.

Lütfen „**Doktor tarafından doldurulacak**“ kısmını **doldurmayın!** Bilgileriniz sağlık kurumunda bir doktor tarafından incelenecek ve takiben herhangi bir adım atılıp atılmayacağına karar verilecektir.

„**Temas yeri ve tipi**“ kısmında temasın tam olarak nasıl gerçekleştiği konusunda ekstra bilgiler de ekleyebilirsiniz

İşbirliğinizden dolayı teşekkür ediyoruz!

*) Sadece bilinmesi halinde doldurunuz

Aynı hane: aynı hanede yaşadığınız ve iletişim kurduğunuz kişiler (bu durumda ek adres gerekmemektedir).

Teslimat

Lütfen doldurduğunuz bu formu kendi cihazınıza kaydedin.

Doldurduğunuz bu formu e-posta yolu ile ilgili **bölge idaresine** ya da ilgili **şehir idaresine** gönderin.

Temaslı Takibi

Seri Nr.	Soyadı	Adı	Sigorta No. *)	Doğum Tarihi *)	Aynı Hane	Adres	Telefon Numarası	E-Posta	Temas Tarihi	Temas Yeri ve Tipi	Temas Detayı	Koruma Önlemleri	Doktor tarafından doldurulacak
1					<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						<input type="checkbox"/> 15 dakikadan az <input type="checkbox"/> 15 dakikadan fazla <input type="checkbox"/> 2 metreden az <input type="checkbox"/> 2 metreden fazla <input type="checkbox"/> doğrudan vucüt teması <input type="checkbox"/> içerde <input type="checkbox"/> dışarda <input type="checkbox"/> yüz yüze	<input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk <input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Şüpheli yok <input type="checkbox"/> Özel durum
2					<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						<input type="checkbox"/> 15 dakikadan az <input type="checkbox"/> 15 dakikadan fazla <input type="checkbox"/> 2 metreden az <input type="checkbox"/> 2 metreden fazla <input type="checkbox"/> doğrudan vucüt teması <input type="checkbox"/> içerde <input type="checkbox"/> dışarda <input type="checkbox"/> yüz yüze	<input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk <input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Şüpheli yok <input type="checkbox"/> Özel durum
3					<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						<input type="checkbox"/> 15 dakikadan az <input type="checkbox"/> 15 dakikadan fazla <input type="checkbox"/> 2 metreden az <input type="checkbox"/> 2 metreden fazla <input type="checkbox"/> doğrudan vucüt teması <input type="checkbox"/> içerde <input type="checkbox"/> dışarda <input type="checkbox"/> yüz yüze	<input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk <input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Şüpheli yok <input type="checkbox"/> Özel durum
4					<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						<input type="checkbox"/> 15 dakikadan az <input type="checkbox"/> 15 dakikadan fazla <input type="checkbox"/> 2 metreden az <input type="checkbox"/> 2 metreden fazla <input type="checkbox"/> doğrudan vucüt teması <input type="checkbox"/> içerde <input type="checkbox"/> dışarda <input type="checkbox"/> yüz yüze	<input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk <input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Şüpheli yok <input type="checkbox"/> Özel durum
5					<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						<input type="checkbox"/> 15 dakikadan az <input type="checkbox"/> 15 dakikadan fazla <input type="checkbox"/> 2 metreden az <input type="checkbox"/> 2 metreden fazla <input type="checkbox"/> doğrudan vucüt teması <input type="checkbox"/> içerde <input type="checkbox"/> dışarda <input type="checkbox"/> yüz yüze	<input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk <input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Şüpheli yok <input type="checkbox"/> Özel durum
6					<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						<input type="checkbox"/> 15 dakikadan az <input type="checkbox"/> 15 dakikadan fazla <input type="checkbox"/> 2 metreden az <input type="checkbox"/> 2 metreden fazla <input type="checkbox"/> doğrudan vucüt teması <input type="checkbox"/> içerde <input type="checkbox"/> dışarda <input type="checkbox"/> yüz yüze	<input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk <input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Şüpheli yok <input type="checkbox"/> Özel durum
7					<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						<input type="checkbox"/> 15 dakikadan az <input type="checkbox"/> 15 dakikadan fazla <input type="checkbox"/> 2 metreden az <input type="checkbox"/> 2 metreden fazla <input type="checkbox"/> doğrudan vucüt teması <input type="checkbox"/> içerde <input type="checkbox"/> dışarda <input type="checkbox"/> yüz yüze	<input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk <input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Şüpheli yok <input type="checkbox"/> Özel durum
8					<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır			s			<input type="checkbox"/> 15 dakikadan az <input type="checkbox"/> 15 dakikadan fazla <input type="checkbox"/> 2 metreden az <input type="checkbox"/> 2 metreden fazla <input type="checkbox"/> doğrudan vucüt teması <input type="checkbox"/> içerde <input type="checkbox"/> dışarda <input type="checkbox"/> yüz yüze	<input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk <input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Şüpheli yok <input type="checkbox"/> Özel durum
9					<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						<input type="checkbox"/> 15 dakikadan az <input type="checkbox"/> 15 dakikadan fazla <input type="checkbox"/> 2 metreden az <input type="checkbox"/> 2 metreden fazla <input type="checkbox"/> doğrudan vucüt teması <input type="checkbox"/> içerde <input type="checkbox"/> dışarda <input type="checkbox"/> yüz yüze	<input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk <input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Şüpheli yok <input type="checkbox"/> Özel durum
10					<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						<input type="checkbox"/> 15 dakikadan az <input type="checkbox"/> 15 dakikadan fazla <input type="checkbox"/> 2 metreden az <input type="checkbox"/> 2 metreden fazla <input type="checkbox"/> doğrudan vucüt teması <input type="checkbox"/> içerde <input type="checkbox"/> dışarda <input type="checkbox"/> yüz yüze	<input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk <input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Şüpheli yok <input type="checkbox"/> Özel durum
11					<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						<input type="checkbox"/> 15 dakikadan az <input type="checkbox"/> 15 dakikadan fazla <input type="checkbox"/> 2 metreden az <input type="checkbox"/> 2 metreden fazla <input type="checkbox"/> doğrudan vucüt teması <input type="checkbox"/> içerde <input type="checkbox"/> dışarda	<input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk <input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Şüpheli yok <input type="checkbox"/> Özel durum

Seri Nr.	Soyadı	Adı	Sigorta No. *)	Doğum Tarihi *)	Aynı Hane	Adres	Telefon Numarası	E-Posta	Temas Tarihi	Temas Yeri ve Tipi	Temas Detayı	Koruma Önlemleri	Doktor tarafından doldurulacak
											<input type="checkbox"/> yüz yüze		
12					<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						<input type="checkbox"/> 15 dakikadan az <input type="checkbox"/> 15 dakikadan fazla <input type="checkbox"/> 2 metreden az <input type="checkbox"/> 2 metreden fazla <input type="checkbox"/> doğrudan vucüt teması <input type="checkbox"/> içerde <input type="checkbox"/> dışarda <input type="checkbox"/> yüz yüze	<input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk <input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Şüpheli yok <input type="checkbox"/> Özel durum
13					<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						<input type="checkbox"/> 15 dakikadan az <input type="checkbox"/> 15 dakikadan fazla <input type="checkbox"/> 2 metreden az <input type="checkbox"/> 2 metreden fazla <input type="checkbox"/> doğrudan vucüt teması <input type="checkbox"/> içerde <input type="checkbox"/> dışarda <input type="checkbox"/> yüz yüze	<input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk <input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Şüpheli yok <input type="checkbox"/> Özel durum
14					<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						<input type="checkbox"/> 15 dakikadan az <input type="checkbox"/> 15 dakikadan fazla <input type="checkbox"/> 2 metreden az <input type="checkbox"/> 2 metreden fazla <input type="checkbox"/> doğrudan vucüt teması <input type="checkbox"/> içerde <input type="checkbox"/> dışarda <input type="checkbox"/> yüz yüze	<input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk <input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Şüpheli yok <input type="checkbox"/> Özel durum
15					<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						<input type="checkbox"/> 15 dakikadan az <input type="checkbox"/> 15 dakikadan fazla <input type="checkbox"/> 2 metreden az <input type="checkbox"/> 2 metreden fazla <input type="checkbox"/> doğrudan vucüt teması <input type="checkbox"/> içerde <input type="checkbox"/> dışarda <input type="checkbox"/> yüz yüze	<input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk <input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Şüpheli yok <input type="checkbox"/> Özel durum
16					<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						<input type="checkbox"/> 15 dakikadan az <input type="checkbox"/> 15 dakikadan fazla <input type="checkbox"/> 2 metreden az <input type="checkbox"/> 2 metreden fazla <input type="checkbox"/> doğrudan vucüt teması <input type="checkbox"/> içerde <input type="checkbox"/> dışarda <input type="checkbox"/> yüz yüze	<input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk <input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Şüpheli yok <input type="checkbox"/> Özel durum
17					<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						<input type="checkbox"/> 15 dakikadan az <input type="checkbox"/> 15 dakikadan fazla <input type="checkbox"/> 2 metreden az <input type="checkbox"/> 2 metreden fazla <input type="checkbox"/> doğrudan vucüt teması <input type="checkbox"/> içerde <input type="checkbox"/> dışarda <input type="checkbox"/> yüz yüze	<input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk <input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Şüpheli yok <input type="checkbox"/> Özel durum
18					<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						<input type="checkbox"/> 15 dakikadan az <input type="checkbox"/> 15 dakikadan fazla <input type="checkbox"/> 2 metreden az <input type="checkbox"/> 2 metreden fazla <input type="checkbox"/> doğrudan vucüt teması <input type="checkbox"/> içerde <input type="checkbox"/> dışarda <input type="checkbox"/> yüz yüze	<input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk <input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Şüpheli yok <input type="checkbox"/> Özel durum
19					<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						<input type="checkbox"/> 15 dakikadan az <input type="checkbox"/> 15 dakikadan fazla <input type="checkbox"/> 2 metreden az <input type="checkbox"/> 2 metreden fazla <input type="checkbox"/> doğrudan vucüt teması <input type="checkbox"/> içerde <input type="checkbox"/> dışarda <input type="checkbox"/> yüz yüze	<input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk <input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Şüpheli yok <input type="checkbox"/> Özel durum
20					<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						<input type="checkbox"/> 15 dakikadan az <input type="checkbox"/> 15 dakikadan fazla <input type="checkbox"/> 2 metreden az <input type="checkbox"/> 2 metreden fazla <input type="checkbox"/> doğrudan vucüt teması <input type="checkbox"/> içerde <input type="checkbox"/> dışarda <input type="checkbox"/> yüz yüze	<input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk <input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Şüpheli yok <input type="checkbox"/> Özel durum
21					<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						<input type="checkbox"/> 15 dakikadan az <input type="checkbox"/> 15 dakikadan fazla <input type="checkbox"/> 2 metreden az <input type="checkbox"/> 2 metreden fazla <input type="checkbox"/> doğrudan vucüt teması <input type="checkbox"/> içerde <input type="checkbox"/> dışarda <input type="checkbox"/> yüz yüze	<input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk <input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Şüpheli yok <input type="checkbox"/> Özel durum

Seri Nr.	Soyadı	Adı	Sigorta No. *)	Doğum Tarihi *)	Aynı Hane	Adres	Telefon Numarası	E-Posta	Temas Tarihi	Temas Yeri ve Tipi	Temas Detayı	Koruma Önlemleri	Doktor tarafından doldurulacak
22					<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır						<input type="checkbox"/> 15 dakikadan az <input type="checkbox"/> 15 dakikadan fazla <input type="checkbox"/> 2 metreden az <input type="checkbox"/> 2 metreden fazla <input type="checkbox"/> doğrudan vucüt teması <input type="checkbox"/> içerde <input type="checkbox"/> dışarda <input type="checkbox"/> yüz yüze	<input type="checkbox"/> Maske <input type="checkbox"/> Eldiven <input type="checkbox"/> FFP2, FFP3	<input type="checkbox"/> Yüksek Risk <input type="checkbox"/> Düşük Risk <input type="checkbox"/> Şüpheli yok <input type="checkbox"/> Özel durum