

**An die BVAEB-Unfallversicherung**

**Fragebogen für Berufskrankheiten-/Unfallmeldung (COVID19)**

Dienststelle: .....

Name: .....

SV-Nr: .....

**1) Waren Sie erkrankt oder wurden Sie nur positiv getestet?**

.....

1a) Welche Art von Test wurde von wem durchgeführt?

.....Test am ..... von .....

1b) Erkrankt von bis: .....

**2) Sind Sie geimpft? Wenn ja:**

Welcher Impfstoff?.....

Monat(e) der Impfung(en)?.....

**3) Haben Sie einen Bescheid über eine behördlich angeordnete Quarantäne erhalten?**

**Wenn ja, bitte um Übermittlung.**

.....

**4) Wurde der Fall einem Contact Tracing unterzogen? Wenn ja, von welcher Behörde?**

.....

**5) War jemand in Ihrem privaten/familiären Umfeld erkrankt/positiv getestet? Beschreiben Sie bitte die Umstände (Art der Beziehung, Art des Kontaktes, Datum des Erkrankungsbeginns, Datum des Tests etc.).**

.....  
.....  
.....

**6) Vermuten Sie eine Ansteckung während des Dienstes?**

.....

**6a) Wenn ja, wann und aufgrund welcher konkreten Umstände?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**6b) Waren Sie 14 Tage vor dem Auftreten von Symptomen durchgehend im Dienst?**

Wenn nein, warum waren Sie von wann bis wann abwesend?

.....  
.....  
.....

**6c) Bei unregelmäßigem Dienst, wann wurde konkret Dienst verrichtet?**

.....  
.....  
.....

**6d) Haben Sie in den letzten 14 Tagen vor Auftreten Ihrer Symptome in einem Bereich gearbeitet, wo sich tatsächlich positiv getestete und/ oder an COVID-19 erkrankte Personen aufgehalten haben? Wenn ja, bitte um konkrete Beschreibung des Bereiches und Ihrer Tätigkeit dort sowie um Bekanntgabe wie und ob Kontakt mit diesen Personen bestanden hat.**

.....  
.....  
.....  
.....

**7) Welche Schutzmaßnahmen waren bei der Dienstverrichtung einzuhalten?**

.....  
.....  
.....

**8.) Wenn Sie erkrankt waren, beantworten Sie bitte folgende Fragen:**

8a) Welche Symptome haben Sie während der Erkrankung von wann bis wann gehabt?

.....  
.....  
.....  
.....

8b) War eine Anstaltspflege/Sauerstoffgabe/Beatmung erforderlich? Wenn ja, in welcher Krankenanstalt und von wann bis wann?

.....  
.....

8c) Sind weitergehende Behandlungen erfolgt?

.....  
.....  
.....

8d) Sind Sie noch in Behandlung? Wenn ja, bei wem und welche Behandlungen werden vorgenommen?

.....  
.....  
.....

8e) Haben Sie noch körperliche Einschränkungen? Wenn ja, welche?

.....  
.....

8f) Übermitteln Sie bitte allfällige Befunde

**8) Haben Sie sonstige wesentliche Informationen zu Ihrer Erkrankung?**

.....  
.....

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_