

Sie hatten einen **flüchtigen Kontakt** zu einer Person, die mit dem neuartigen Coronavirus infiziert ist. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Sie sich angesteckt haben. Zur Ihrer eigenen und zur allgemeinen Sicherheit sind aus behördlicher Sicht **folgende Punkte verlässlich einzuhalten:**

- Bitte reduzieren Sie in den nächsten 10 Tagen stark Ihre nicht notwendigen Kontakte zu Mitmenschen. Vermeiden Sie Kontakte zu älteren Menschen sowie Menschen mit geschwächtem Immunsystem und schweren Grundkrankheiten. Meiden Sie öffentliche Verkehrsmittel und Menschenansammlungen.
- Kontrollieren Sie 2x täglich Ihre Körpertemperatur und achten Sie in den nächsten 10 Tagen auf etwaige Krankheitssymptome (insbesondere Husten, Kurzatmigkeit, Fieber, Schnupfen, plötzlicher Verlust des Geschmacks-/Geruchssinnes)
- Notieren Sie bitte Ihre sozialen Kontakte, Ihre Körpertemperatur und auftretende Symptome. Führen Sie ggf. ein Tagebuch darüber.
- Wenn Sie mit anderen Personen zusammenleben, halten Sie sich möglichst in getrennten, gut lüftbaren Räumen auf.
- Bei direktem Kontakt mit anderen Personen können Sie Ihre Umgebung durch das Tragen einer Mund-Nasen-Schutzmaske schützen. Halten Sie einen Sprechabstand von 2 Metern ein.
- Häufige Händedesinfektion (mit einem Mittel nach Empfehlung Ihrer Apotheke) bzw. Händewaschen mit Seife für 20 Sekunden
- Täglich mehrmals Reinigung von Toilette, Armaturen und Handgriffen mit handelsüblichen, chlorhaltigen Reinigern.
- Einhalten der Husten- und Schnäuz-Etikette (d.h. wenn Sie husten oder niesen, bedecken Sie Mund und Nase mit einem Papiertaschentuch, entsorgen Sie dieses sofort in einem getrennten, geschlossenen Abfallbehälter und waschen Sie danach Ihre Hände.)
- Bleiben Sie zu Hause und rufen Sie bitte sofort die telefonische Gesundheitsberatung (1450) bzw. die Rettung (144), wenn Sie beginnen, sich krank zu fühlen, Symptome einer Atemwegsinfektion (s.o.) entwickeln oder aus sonstigen Gründen ärztliche Hilfe benötigen. **Geben Sie dabei am Telefon unbedingt an, dass Sie in den letzten 10 Tagen flüchtigen Kontakt zu einem SARS-CoV-2-Erkrankten hatten.** Suchen Sie von sich aus bitte keine ärztliche Ordination oder Krankenanstalt auf.
- Beim Auftreten der oben angeführten Krankheitssymptome informieren Sie bitte auch Ihre zuständige Gesundheitsbehörde (an Wochentagen während der Öffnungszeiten, am Wochenende eine entsprechende Nachmeldung am folgenden Werktag)

### Wie wird das Virus übertragen?

Das Virus wird von einer erkrankten Person auf eine andere durch Tröpfcheninfektion z. B. Husten, Niesen übertragen. Direkter persönlicher Kontakt (länger als 15 Minuten, Abstand unter 1 Meter) stellt derzeit den bedeutendsten Übertragungsweg dar.

Viele Menschen haben jedoch nur leichte Symptome. Dies gilt insbesondere in den frühen Stadien der Krankheit. Es ist daher möglich, sich bei einer erkrankten Person anzustecken, die beispielsweise nur einen leichten Husten hat und sich nicht krank fühlt.

### Wie lange dauert die Inkubationszeit und wie lange ist man ansteckend?

Die Inkubationszeit (Zeitraum zwischen Ansteckung und Beginn von Krankheitssymptomen) beträgt 2 bis 14 Tage, i.d.R. liegt sie bei 5-6 Tagen. Die Ansteckungsfähigkeit beginnt 48 Stunden vor Symptombeginn.

### Welche Symptome treten im Fall einer Erkrankung auf?

Infektionen von Menschen sind meist mild und ähnlich einer Verkühlung. Häufige Anzeichen einer Infektion sind u. a. Fieber, Husten, Kurzatmigkeit und Atembeschwerden, Schnupfen, plötzlicher Verlust des Geschmacks-/Geruchssinnes. Es kann auch zu Durchfall und Erbrechen kommen. In schweren Fällen kann die Infektion eine Lungenentzündung und sogar den Tod verursachen.

### Wie wird die Krankheit behandelt?

Die meisten Erkrankungsfälle sind mild und müssen nicht behandelt werden. Bei schwereren Erkrankungen erfolgt eine Behandlung symptomatisch, d. h. Krankheitsbeschwerden werden behandelt wie z. B. Senkung des Fiebers durch fiebersenkende Mittel. Es gibt keinen Impfstoff.

### Wo erhalte ich weitere Informationen?

[www.sozialministerium.at](http://www.sozialministerium.at)

[www.ages.at](http://www.ages.at)

Coronavirus-Hotline unter 0800 555 621 oder bei Ihrer zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde

# SARS-COV-2: Tagebuch für Kontaktpersonen

Stand 09 03 2020



(EMS-)ID: \_\_\_\_\_

**Vor- und Nachname:** \_\_\_\_\_

**Telefon-Nummer:** \_\_\_\_\_

**Ich gehöre zu:**

- ärztliches Personal                       Pflegepersonal                       Laborpersonal                       Familienmitglied  
 Passagier im selben Flugzeug wie der/die Patient/in                       Anderes:

| Art des Kontaktes |                                                                                          |                                                                                         |                                                     |                                                                               |                         |                                 | Art des Schutzes                |                          |                                                       |   |                |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------|---|----------------|
| 0                 | Kein Kontakt                                                                             |                                                                                         | Aer                                                 | Aerosol-produzierende Maßnahme, z.B. Absaugen, BAL, Intubation, Bronchoskopie |                         |                                 | 0                               | keiner                   |                                                       | K | (Schutz)Kittel |
| S                 | Mindestens 15-minütiger Sprechkontakt                                                    |                                                                                         | Mat                                                 | Handhabung/Kontakt mit möglicherweise infektiösem Material                    |                         |                                 | M1                              | OP-Maske oder FFP1-Maske |                                                       | H | Handschuhe     |
| P                 | Pflegerische oder ärztliche Handlung am Patienten                                        |                                                                                         | And                                                 | Andere Art von Kontakt (bitte eintragen, welcher)                             |                         |                                 | M2                              | FFP2-Maske               |                                                       | S | Schutzbrille   |
| A                 | Ärztliche Handlung am Patienten                                                          |                                                                                         |                                                     |                                                                               |                         |                                 | M3                              | FFP3-Maske               |                                                       |   |                |
| Datum             | Kontakt                                                                                  | Schutz                                                                                  | Eigene Symptomatik<br>(N=Nein, J=Ja, WN=weiß nicht) |                                                                               |                         |                                 |                                 | Sonstige                 | Falls eigene Symptomatik auftritt,<br>Kontakt mit ... |   |                |
| z.B. Mo, 3.2.14   | Art des Kontaktes<br>(sh. unten<br>Kodierungstabelle)<br>Alle zutreffenden<br>eintragen! | Art des Schutzes<br>(sh. unten<br>Kodierungstabelle)<br>Alle zutreffenden<br>eintragen! | Fieber<br>(ja/nein)                                 | Temperatur                                                                    | Husten<br>(ja,<br>nein) | Hals-<br>Schmerzen<br>(ja/nein) | Kurz-<br>atmigkeit<br>(ja/nein) |                          |                                                       |   |                |
|                   |                                                                                          |                                                                                         |                                                     |                                                                               |                         |                                 |                                 |                          |                                                       |   |                |
|                   |                                                                                          |                                                                                         |                                                     |                                                                               |                         |                                 |                                 |                          |                                                       |   |                |
|                   |                                                                                          |                                                                                         |                                                     |                                                                               |                         |                                 |                                 |                          |                                                       |   |                |
|                   |                                                                                          |                                                                                         |                                                     |                                                                               |                         |                                 |                                 |                          |                                                       |   |                |
|                   |                                                                                          |                                                                                         |                                                     |                                                                               |                         |                                 |                                 |                          |                                                       |   |                |
|                   |                                                                                          |                                                                                         |                                                     |                                                                               |                         |                                 |                                 |                          |                                                       |   |                |
|                   |                                                                                          |                                                                                         |                                                     |                                                                               |                         |                                 |                                 |                          |                                                       |   |                |
|                   |                                                                                          |                                                                                         |                                                     |                                                                               |                         |                                 |                                 |                          |                                                       |   |                |
|                   |                                                                                          |                                                                                         |                                                     |                                                                               |                         |                                 |                                 |                          |                                                       |   |                |
|                   |                                                                                          |                                                                                         |                                                     |                                                                               |                         |                                 |                                 |                          |                                                       |   |                |
|                   |                                                                                          |                                                                                         |                                                     |                                                                               |                         |                                 |                                 |                          |                                                       |   |                |
|                   |                                                                                          |                                                                                         |                                                     |                                                                               |                         |                                 |                                 |                          |                                                       |   |                |
|                   |                                                                                          |                                                                                         |                                                     |                                                                               |                         |                                 |                                 |                          |                                                       |   |                |
|                   |                                                                                          |                                                                                         |                                                     |                                                                               |                         |                                 |                                 |                          |                                                       |   |                |
|                   |                                                                                          |                                                                                         |                                                     |                                                                               |                         |                                 |                                 |                          |                                                       |   |                |
|                   |                                                                                          |                                                                                         |                                                     |                                                                               |                         |                                 |                                 |                          |                                                       |   |                |
|                   |                                                                                          |                                                                                         |                                                     |                                                                               |                         |                                 |                                 |                          |                                                       |   |                |
|                   |                                                                                          |                                                                                         |                                                     |                                                                               |                         |                                 |                                 |                          |                                                       |   |                |
|                   |                                                                                          |                                                                                         |                                                     |                                                                               |                         |                                 |                                 |                          |                                                       |   |                |

