

Anzeige beim zuständigen Gesundheitsamt:

Mitarbeiterin oder Mitarbeiter mit hohem oder höchstem Spezialisierungsgrad oder in herausragenden Führungsfunktionen jeweils mit Systemrelevanz im Bereich der kritischen Infrastruktur.

Einrichtungen der kritischen Infrastruktur (bitte ankreuzen):					
öffentliche Sicherheit und Ordnung		Einrichtungen der med. Versorgung		Ver- und Entsorgung	
<input type="checkbox"/>	Polizeivollzugsdienst	<input type="checkbox"/>	Krankenhäuser	<input type="checkbox"/>	Abfallversorgung
<input type="checkbox"/>	forensische Einrichtungen/Maßregelvollzug	<input type="checkbox"/>	Arztpraxen	<input type="checkbox"/>	Energieversorger
<input type="checkbox"/>	Haftanstalten (JVA´s)	<input type="checkbox"/>	Öffentlicher Gesundheitsdienst	<input type="checkbox"/>	Wasserver- und entsorgung
<input type="checkbox"/>	Berufsfeuerwehr Freiwillige Feuerwehr	<input type="checkbox"/>	Notdienste, Rettungsdienste	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Katastrophenschutz Technisches Hilfswerk (THW)	<input type="checkbox"/>	Pflegeeinrichtungen	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ambulante Pflegedienste	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Behinderteneinrichtungen	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Apotheken	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hebammen	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Medizinische Labore	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Zahnärzte	<input type="checkbox"/>	

Name der Behörde, Einrichtung, Firma, Institution, o.a.	
Name, Vorname der Kontaktperson	Geburtsdatum der Kontaktperson
Tätigkeit	
Begründung der Systemrelevanz	
Datum des Kontakts zu Person mit Nachweis von SARS-CoV-2	
Art des Kontakts (Kategorie I oder II)	

Ort, Datum

Unterschrift der Leiterin oder des Leiters
der Behörde, Einrichtung, Firma, Institution