

# Antrag auf Verkürzung der Quarantänezeit: Medizinisches Personal – Kontaktperson Kategorie 1b (KP1b)

Erläuterung KP1b: Medizinisches Personal mit begrenztem Expositionsrisiko, z.B. medizinisches Personal mit Kontakt unter zwei Meter zu COVID-19-Fällen ohne Schutzausrüstung, ≥ 15 Minuten Face-to-Face-Kontakt (ohne relevante Exposition zu Sekreten, Exposition gegenüber Aerosolen von COVID-19-Fällen); grundsätzlich gilt: Je länger und enger der Kontakt, desto höher das Risiko.

## AN

Landratsamt Alb-Donau-Kreis  
Fachdienst Gesundheit  
Schillerstraße 30  
89077 Ulm

Bevorzugt per E-Mail/Fax an:  
E-Mail: iso@alb-donau-kreis.de  
Fax: 0731 185 225026

## ERKLÄRUNG DES ARBEITGEBERS

Name und Anschrift des Unternehmens		
Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen/Vorgesetzten		
Der/Die oben genannte Mitarbeiter/in ist für die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung in obengenannten Unternehmen unabdingbar und muss daher schnellstmöglich, sobald es die Gesundheit des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin erlaubt, an den Arbeitsplatz zurückkehren.	<input type="checkbox"/>	JA
	<input type="checkbox"/>	NEIN
Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind.	_____	_____
	Ort, Datum	Unterschrift des Verantwortlichen

## ERKLÄRUNG DER KONTAKTPERSON KATEGORIE 1b

Name und Anschrift der KP1b		
Telefonnummer der KP1b		
ggf. E-Mail-Adresse der KP1b		
Name des zugehörigen Index-Falles (d.h. der erkrankten Person, zu der Kontakt bestand)		
Datum der letzten Exposition (z.B. Kontakt mit Erkrankten)		
Hiermit beantrage ich, dass ich vom <b>1. bis 14. Tag</b> nach Exposition <b>ausschließlich mit Mund-Nasen-Schutz</b> arbeiten darf. Ich darf nicht eingesetzt werden in der Versorgung besonders vulnerabler Patientengruppen.	<input type="checkbox"/>	JA
Ich bin <b>symptomfrei</b> und führe ein <b>Tagebuch</b> bis zum 15. Tag nach Exposition (siehe Anlage; wird <b>zum Zeitpunkt der Antragstellung vorgelegt</b> und weitergeführt) und versichere, dass ich beim Auftreten von <b>Symptomen umgehend die Tätigkeit beende</b> und mich einem <b>SARS-CoV-2-Test</b> unterziehen werde.		
Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind.	_____	_____
	Ort, Datum	Unterschrift der Kontaktperson