

**Anzeige beim zuständigen Gesundheitsamt**

Mitarbeiterin oder Mitarbeiter mit hohem oder höchstem Spezialisierungsgrad oder in herausragenden Führungsfunktionen jeweils mit Systemrelevanz (Schlüsselpersonal).

<b>Einrichtungen mit Schlüsselpersonal (bitte ankreuzen):</b>					
<b>öffentliche Sicherheit und Ordnung</b>		<b>Einrichtungen der med. Versorgung</b>		<b>Ver- und Entsorgung</b>	
<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"/>	Not- und 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"/>	Einrichtungen Jugendhilfe	<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	
Hieraus resultierender Grad der Schlüsselqualifikation:* <input type="checkbox"/> Grad I <input type="checkbox"/> Grad II (bitte ankreuzen!)	
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

\* **Grad I:** Einzelne Mitarbeiter mit höchstem Spezialisierungsgrad oder in herausragenden Führungsfunktionen, jeweils mit Systemrelevanz, die nicht oder nur schwer ersetzbar sind und auf deren Funktion nicht verzichtet werden kann.  
**Grad II:** Mitarbeitergruppen mit hohem Spezialisierungsgrad oder in Führungsfunktionen, die vorübergehend ersetzt werden können oder auf deren Funktion für einige Tage verzichtet werden kann.