

# OMTRAIR- Studie

Fragebogen für Passagiere und Crewmitglieder, die am Flughafen München in der PCR (PoC-PCR oder Standard-PCR) negativ auf SARS-CoV-2 getestet wurden

## 1. Geburtsdatum

1.1 In welchem Jahr sind Sie geboren? \_\_\_\_

1.2 In welchem Monat sind Sie geboren? \_\_\_\_

## 2. Geschlecht

2.1 Welches ist Ihr Geschlecht?

- weiblich
- männlich
- divers

## 3. Quarantäne und Testung

3.1 Waren Sie, nachdem Sie vom Flughafen München weiter an Ihr Ziel gereist sind, in Quarantäne?

- ja
- nein

3.2 Sind Sie in den 14 Tagen nach Ihrem Flug von Kapstadt nach München auf eine Corona-Infektion (Infektion mit SARS-CoV-2) getestet worden? Hiermit ist nicht die Testung bei Ankunft am Flughafen München gemeint.

- ja
- nein

↳ Falls 3.2 ja:

**3.2.1 War dabei ein Ergebnis positiv, d.h. ist bei Ihnen eine Corona-Infektion nachgewiesen worden?**

- ja
- nein

↳ Falls 3.2.1 ja:

**3.2.1.1 Durch welche Art von Test wurde Ihre Corona-Infektion nachgewiesen?**

- PCR (oder anderem Nukleinsäurenachweis)
- Antigen-Schnelltest
- weiß nicht

↳ Falls 3.2.1 ja:

**3.2.1.2 Wann wurde bei Ihnen die erste positiv getestete Probe genommen?**

— . — . —

↳ Falls 3.2.1 ja:

**3.2.1.3 Welche Corona (SARS-CoV-2)-Variante ist bei Ihnen nachgewiesen worden?**

- Omikron
- Andere Variante oder ich weiß die Variante nicht

↳ Falls 3.2.1.2 andere Variante oder ich weiß die Variante nicht:

**3.2.1.4 Welche andere Variante war das?**

- Alpha
- Delta
- Ich weiß den Namen der Variante nicht

↳ Falls 3.2.1 ja:

**3.2.2 Zu wie vielen Personen hatten Sie in den 14 Tagen nachdem Sie positiv getestet wurden, engen Kontakt? Hiermit sind Personen gemeint, die nicht mit Ihnen in Südafrika waren.**

Ca. \_\_\_\_ Personen

**3.2.3 Sind in den 14 Tagen nachdem Sie selbst positiv getestet worden sind, weitere Haushaltsmitglieder oder andere Personen, die mit Ihnen in den 14 Tagen nach Rückkehr aus Südafrika engen Kontakt hatten, an Corona erkrankt? Hiermit sind Personen gemeint, die nicht mit Ihnen in Südafrika waren.**

- ja  
 nein  
 weiß nicht

↳ Falls 3.2.3 ja:

**3.2.3.1 Wie viele dieser Personen sind an Corona erkrankt, nachdem Sie Kontakt mit Ihnen hatten? Hiermit sind Personen gemeint, die nicht mit Ihnen in Südafrika waren.**

\_\_\_\_\_ Personen

#### 4. Klinische Symptomatik

**4.1 Sind bei Ihnen im Zeitraum von 14 Tagen nach Rückreise aus Südafrika Krankheitssymptome aufgetreten?**

- ja  
 nein

↳ Falls 4.1 ja:

**4.1.1 Wann haben diese Krankheitssymptome begonnen?**

Beginn der Krankheitssymptome: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ)

**4.1.2 Welche der folgenden Symptome sind aufgetreten? (Mehrfachantworten möglich)**

- |  |                             |                               |                                     |
|--|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Fieber ( $\geq 38.0$ °C)                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Husten   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Schnupfen, verstopfte oder laufende Nase, Niesen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Brustschmerzen                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Kopfschmerzen                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Hautausschlag                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Müdigkeit/Erschöpfung                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Schüttelfrost                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |

Kurzatmigkeit/Atemnot	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Abnahme oder Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Blutdruckerhöhung die sonst nicht besteht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Durchfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Bindehautentzündung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Lymphknotenschwellung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Haarausfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
<input type="checkbox"/> Andere Symptome			

**4.2 Mussten Sie sich nach Ihrer Rückreise stationär im Krankenhaus behandelt werden?**

- ja  
 nein

↳ Falls 4.2 ja:

**4.2.1 Warum mussten Sie stationär im Krankenhaus behandelt werden?**

- aufgrund einer Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2)  
 aufgrund einer anderen Erkrankung, dabei ist aber zufällig auch eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) festgestellt worden  
 aufgrund einer anderen Erkrankung, ohne Co-Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2)

↳ Falls eine stationäre Behandlung aufgrund von SARS-CoV-2 erfolgte (4.2.1):

**4.2.1.1 Wie lange waren Sie stationär im Krankenhaus?**

\_\_\_\_\_ Tage

↳ Falls eine stationäre Behandlung aufgrund von SARS-CoV-2 erfolgte (4.2.1):

**4.2.1.2 Wurden Sie auf der Intensivstation behandelt?**

- ja  
 nein

↳ Falls eine stationäre Behandlung aufgrund von SARS-CoV-2 erfolgte (4.2.1):

#### **4.2.1.3 Haben Sie Sauerstoff benötigt?**

- ja
- nein

↳ Falls eine stationäre Behandlung aufgrund von SARS-CoV-2 erfolgte (4.2.1):

#### **4.2.1.4 Mussten Sie künstlich beatmet werden?**

- ja
- nein

## **5. Chronische Grundkrankheiten**

### **5.1 Haben Sie eine chronische Grundkrankheit?**

(Beispiele: COPD, Asthma, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Adipositas, Nierenerkrankung, Lebererkrankung, Tumorerkrankung, Autoimmunerkrankung)

- Ja
- nein
- ich weiß nicht

↳ Falls 5.1 ja:

#### **5.1.1 Welche der folgenden Grundkrankheiten haben Sie? (Mehrfachantworten möglich)**

- Lungenkrankheit (z.B. COPD, Asthma)
- Herz-Kreislauf-Erkrankung (z.B. koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck, Herzinfarkt)
- Chronische Nierenerkrankung
- Chronische Lebererkrankung
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- Adipositas
- Tumorerkrankung
- Autoimmunerkrankung (z.B. Morbus Crohn, Multiple Sklerose) oder Einnahme von Medikamenten, die das Immunsystem beeinflussen und herabsetzen können (z.B. Kortikosteroide, Methotrexat, Cyclophosphamid, Azathioprin, etc.) oder Einnahme von Immunsuppressiva nach Organ- oder Stammzelltransplantation
- Andere Grundkrankheit: \_\_\_\_\_

## 6. Raucherstatus

**6.1 Haben Sie in Ihrem gesamten Leben schon mindestens 100 Zigaretten oder andere Tabakprodukte geraucht? (z.B. Zigarren, Zigarillos, Pfeife oder andere Tabakprodukte, E-Zigaretten)**

- Ja  
 Nein  
 Weiß nicht

↳ Falls 5.1 ja:

**6.1.1 Wie häufig rauchen Sie aktuell, also zum Zeitpunkt dieser Befragung?**

- Jeden Tag  
 Gelegentlich  
 Gar nicht

## 7. Impfstatus

**\*7.1 Sind Sie jemals gegen COVID-19 geimpft worden?**

- Ja, ich bin geimpft worden  
 Nein, ich bin ungeimpft

↳ Falls 7.1 ja, geimpft:

<b>1. Impfung</b>	Datum: _____	Impfstoff: _____
<b>2. Impfung</b>	Datum: _____	Impfstoff: _____
<b>3. Impfung</b>	Datum: _____	Impfstoff: _____

## 8. Genesenenstatus

**8.1 Hatten Sie jemals eine Coronainfektion (Infektion mit SARS-CoV-2)?**

- Ja  
 Nein

↳ Falls 8.1 ja:

**8.1.1 Wie oft waren Sie schon mit dem Coronavirus infiziert?** Gemeint ist hier der Zeitraum vor dem Südafrikaaufenthalt im November/Dezember 2021.

\_\_\_\_\_ Mal

↳ In Abhängigkeit von der Anzahl an Infektionen 8.1.1:

**8.1.1.1 Wie wurde bei Ihnen die Coronavirus-Infektion (Infektion mit SARS-CoV-2) bestätigt?** Mehrfachantworten sind möglich.

*Erste Infektion:*

- per PCR (oder anderem Nukleinsäurenachweis)
- per Antigen-Schnelltest
- per Antikörpernachweis
- Ich bin mir sicher, dass ich eine Coronavirus-Infektion hatte (z.B. aufgrund von Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns), diese wurde aber nie per Test bestätigt.

*Zweite Infektion:*

- per PCR (oder anderem Nukleinsäurenachweis)
- per Antigen-Schnelltest
- [...]

↳ Falls 8.1 ja:

**8.1.1 Wann waren Sie das letzte Mal infiziert?** Bitte geben Sie den Monat und das Jahr des ersten positiven Tests der letzten Infektion an.

Welches Jahr? \_\_\_\_\_

Welcher Monat? \_\_\_\_\_

## 9. Reiseanamnese/Angaben zum Rückflug Kapstadt – München

**9.1 Rolle an Bord:**

- Passagier, Passagierin
- Crew-Mitglied

**\*9.2 Datum der Ankunft am Flughafen München:** \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_ (dd/mm/yyyy)

**9.3 Sitzplatznummer:** \_\_\_\_\_ (diese findet sich in Ihren Reiseunterlagen, z.B. 23E, 25D, 31A etc.)

## 10. Anwendung von Schutzmaßnahmen und Verhaltensweisen

**10.1 In welchem Umfang haben Sie während Ihrem Aufenthalt in Südafrika die folgenden Maßnahmen zum Schutz vor einer Corona-Infektion eingehalten bzw. sich verhalten?**  
(Mehrfachantworten möglich)

	immer	häufig	manchmal	selten	nie
Abstand halten (mind. 1,5 m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektion, mehrmals pro Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Händewaschen, mehrmals pro Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>					
Tragen einer Maske –					
Maskentyp					
- FFP2-/KN95-Maske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Medizinischer Mund-Nasen-Schutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Stoffmaske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>					
Tragen einer Maske –					
Anwendungsort					
- In Innenräumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Draußen im Freien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>					
Kontakt mit Personen außerhalb der Mitreisenden/der Reisegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>					
Benutzung von Massentransportmitteln (z.B.: Taxibus (Van- oder Kleinbus-Taxi), Öffentliche Verkehrsmittel (Bus, Bahn, Tram etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Aufenthalt in  
Menschenansammlungen  
(Besuch von Bazaren,  
Märkten,  
Einkaufszentren,  
Restaurants, Clubs, etc.)

**10.2 Hatten Sie in Südafrika engen Kontakt zu einer oder mehreren Personen, von denen Sie wissen, dass sie danach positiv auf das SARS-CoV-2 Virus getestet wurden?** Unter engem Kontakt versteht man eine Distanz zu einer anderen Person von  $\leq 1,5$  m über einen Zeitraum von mindestens 10 Minuten ohne Tragen einer Maske, ein Gespräch mit einer Person ohne Tragen einer Maske, gemeinsamer Aufenthalt in engen Räumen mit hoher Wahrscheinlichkeit von Aerosolbildung über einen Zeitraum von mindestens 10 Minuten, unabhängig vom Tragen einer Maske oder vom Abstand.

- Ja  
 Nein  
 Ich weiß nicht

**10.3 Sind weitere Mitreisende aus Ihrer Reisegruppe positiv auf das SARS-CoV-2 Virus getestet worden?**

- Ja  
 Nein  
 Ich weiß nicht

## 11. Aufenthalt im Flugzeug

**11.1 Welche Art von Maske haben Sie auf dem Flug Kapstadt-München getragen?**

- FFP2 (KN95)  
 Medizinischer Mund-Nasen-Schutz  
 Stoffmaske  
 keine Maske

### **11.2 Haben Sie Ihre Maske durchgängig getragen?**

- Ja, während des gesamten Fluges.
- Ja, nur beim Essen und Trinken nicht.
- Nein, ich habe die Maske gelegentlich abgesetzt. Dazu gehört auch das Tragen der Maske unterhalb der Nase.
- Nein, ich habe keine Maske während des Fluges getragen.

### **11.3 Welchen Tätigkeiten sind Sie im Flugzeug nachgegangen?**

#### **11.3.1 Einnahme von Speisen?**

- Ja, mehrmals
- Ja, ein Mal
- Nein

#### **11.3.2 Einnahme von Getränken?**

- Ja, mehrmals
- Ja, ein Mal
- Nein

#### **11.3.3 Besuch der Bordtoilette?**

- Ja, mehrmals
- Ja, ein Mal
- Nein

#### **11.3.4 Unterhaltung mit Personen, die sich in meiner Nähe befanden ( $\leq 2\text{m}$ entfernt)?**

- Ja, mehrmals
- Ja, ein Mal
- Nein

↳ Falls 11.3.4 ja:

**Was trifft für die Unterhaltung mit Personen in der Nähe zu? (Mehrfachantworten möglich)**

↳ Für Crew-Mitglieder:

- Ich habe mich mit vielen Passagieren unterhalten.
- Ich habe mich mit anderen Crew-Mitgliedern unterhalten.
- Keine der genannten Optionen.

↳ Für Passagiere:

- Ich habe mich mit dem Bordpersonal unterhalten.
- Ich habe mich auf dem Flug mit Personen unterhalten, mit denen ich auch gereist bin (z.B. Familienmitglieder, Freunde, Mitglieder meiner Reisegruppe).
- Ich habe mich auf dem Flug mit Personen unterhalten, mit denen ich nicht gereist bin (z.B. andere Passagiere, die ich vor dem Flug nicht kannte).
- Keine der genannten Optionen.

**11.4 Für Reisende ab einem Alter von 6 Jahren: lag bei Ihnen bis zur 48 Stunden vor Abflug ein negatives Testergebnis auf SARS-CoV-2 vor?**

- Ja
- Nein
- Ich weiß nicht

↳ Falls 11.4 ja:

**11.4.1 Welche Art von Testergebnis lag vor? Mehrfachantworten möglich.**

- ein negatives Ergebnis eines Antigen-Tests
- ein negatives Ergebnis eines PCR-Tests PCR (oder anderem Nukleinsäurenachweises)
- Ich weiß nicht

↳ Falls 11.4 ja:

**11.4.2 Wie alt war der vorliegende negative Testnachweis?**

- weniger als 12 Stunden alter Test
- zwischen 12 und weniger als 24 Stunden alter Test
- zwischen 24 und weniger als 48 Stunden alter Test
- Ich weiß nicht

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**

NUR ZUR INFORMATION