

Formular für Reiserückkehrer aus Risikogebieten

Persönliche Angaben:

Nachname: _____ Vorname: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers

Telefonnummer(n), unter der (denen) sie erreicht werden können, einschl. Landesvorwahl oder Städtevorwahl

Mobiltelefon: _____

Arbeit: _____

Privat: _____

Email: _____

Wohnanschrift/Anschrift des Aufenthaltsortes in Deutschland:

Name des Hotels (falls zutreffend): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____

Stadt: _____

Bundesland: _____

Anschrift von weiteren beabsichtigten Aufenthaltsorten innerhalb der nächsten 14 Tage:

Name des Hotels (falls zutreffend): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____

Stadt: _____

Bundesland: _____

Haben Sie eines der Krankheitssymptome: Fieber, neu aufgetretener Husten, Geruchs- oder Geschmacksverlust, Atemnot?

Nein Ja

Vorliegen einer Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2:

Wurden Sie in den 48h vor der Einreise nach Deutschland negativ auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV2 getestet?

Nein Ja

Land in dem die Testung durchgeführt wurde: _____

Datum der Testung: _____

Wenn Sie auf dem Land-, See- oder Luftweg aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland einreisen und sich innerhalb von 14 Tagen vor der Einreise in einem Risikogebiet aufgehalten haben, sind Sie verpflichtet, sich unverzüglich nach der Einreise auf direktem Weg in ihre eigene Häuslichkeit oder eine andere geeignete Unterkunft zu begeben sowie sich für einen Zeitraum von 14 Tagen nach ihrer Einreise ständig dort aufzuhalten (Quarantäne).

Auch bei einem negativen Testergebnis sind Sie verpflichtet, unverzüglich das für Sie zuständige Gesundheitsamt zu kontaktieren, wenn bei Ihnen innerhalb von 14 Tagen nach Einreise typische Symptome (Atemnot, neu auftretender Husten, Fieber oder Geruchs- oder Geschmacksverlust) einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 auftreten.