

Reiserückkehr aus einem Risikogebiet

Name					
Vorname					
Geburtsdatum					
Straße und Hausnummer					
PLZ und Wohnort					
Telefonnummer					
Mitreisende					
Name		Vorname		Geb. Datum	
Name		Vorname		Geb. Datum	
Name		Vorname		Geb. Datum	
Name		Vorname		Geb. Datum	
Name		Vorname		Geb. Datum	
Name		Vorname		Geb. Datum	

Einreiseland				
Reisedauer				
bei Flugreise	Abflughafen			
	Ankunft Flughafen			
	Flugnummer			
	Airline			
Datum der Rückkehr				
Symptome	Keine Symptome	<input type="checkbox"/>	Atemnot	<input type="checkbox"/>
	Husten	<input type="checkbox"/>	Fieber	<input type="checkbox"/>
	Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	Geschmacksverlust	<input type="checkbox"/>
	Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>	sonstige _____	
Testung (PCR Test) (Testergebnis nicht älter als 48 Stunden bei Einreise) Laborbefund einreichen	Ja	<input type="checkbox"/>		
	Nein	<input type="checkbox"/>		
Ergebnis	negativ	<input type="checkbox"/>	positiv	<input type="checkbox"/>
Sonstiges				