

Erfassung von Reiserückkehrern aus Risikogebieten

Bitte füllen Sie alle relevanten Felder aus.
Bei Reisegruppen, Familien usw. ist für jede Person ein Bogen auszufüllen.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die 03834 – 8760 2300.

Datum: _____

Reiseziel: _____ Zeitraum: _____

Allgemeine Daten

Vor. und Nachname: _____

Geb. Datum: _____

Straße und Hausnr.: _____

PLZ und Ort: _____

Beruf/Arbeitgeber: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse _____ Versichertennummer: _____

Symptome

Welches der folgenden Symptome liegt bei Ihnen vor?

Keine Symptome Atemnot Geschmacksstörung

Husten laufende Nase Durchfall

Fieber Halsschmerzen Kopfschmerzen

Davon zuerst aufgetreten: _____

Symptombeginn: _____

Kontaktperson zu einem positiven Fall

Hatten Sie Kontakt zu einer positiv getesteten Person?

Ja Nein

Vor- und Nachname: _____

Art des Kontaktes: _____

Datum des Kontaktes: _____

Test auf COVID-19

Datum des Tests: _____

Ergebnis des Tests: _____

Bemerkungen: