



**Aufenthaltort in den nächsten 10 Tagen / Contact address for the next 10 days: Straße / Street /Nr. / No.**

[illegible]**Postleitzahl / Ort / Zip-Code / Town or City:**[illegible]

**Land / Country:**

[illegible]**Telefon-Nr. / phone No.:**[illegible]**Angaben zu Ihrer Reise / Passage / Journey details:**[illegible]

**Abreise von / Departure from:**

**Nach / Destination :**

[illegible]

## Gesundheitsfragen / Public Health Questionnaire

- |   |           |  |            |  |
|---|-----------|--|------------|--|
| 1. Hatten Sie in den letzten 24 Stunden Fieber oder Schüttelfrost?<br><i>Have you had fever or chills within the last 24 hours?</i>   | Ja<br>Yes | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Nein<br>No | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 2. Hatten Sie in der letzten Zeit Husten oder Atembeschwerden<br><i>Have you been coughing or did you have difficulty in breathing recently?</i>  | Ja<br>Yes | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Nein<br>No | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 3. Hatten Sie Schnupfen, Hals- oder Kopf-und Gliederschmerzen?<br><i>Did you have a sore throat, runny nose, and headache or body pains?</i>  | Ja<br>Yes | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Nein<br>No | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 4. Hatten Sie in den letzten 24 Stunden erbrochen oder dünnen Stuhl<br><i>Have you vomited or had diarrhea within the last 24 hrs.?</i>   | Ja<br>Yes | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Nein<br>No | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 5. Hatten Sie in den letzten 10 Tagen Kontakt zu einem Erkrankten, der Fieber, Husten oder Grippe-symptome (Influenza) zeigte?<br><i>Within the last 10 days, have you been near or did you spent time with someone who had fever and cough, or was a known case of influenza</i> | Ja<br>Yes | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Nein<br>No | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 6. Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?<br><i>Are you suffering from a chronic disease or condition?</i>   | Ja<br>Yes | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Nein<br>No | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |

**7. Wenn ja- welche: If yes – specify:**

[illegible]

Welche Länder, einschließlich Ihres Heimatlandes, haben Sie in den letzten 10 Tagen besucht? Beginnen Sie mit dem zuletzt besuchten Land.

List all countries where you have been (including where you live) during the last 10 days. List in order the most recent country first (where you boarded)

- |    |    |    |  |
|----|----|----|--|
| 1. | 2. | 3. |  |
|    |    |    |  |
| 4. | 5. | 6. |  |
|    |    |    |  |