

Fluggast-Aussteigekarte: Zum Schutz Ihrer Gesundheit werden Sie von den Mitarbeitern des öffentlichen Gesundheitsdienstes gebeten, den vorliegenden Fragebogen auszufüllen, wenn der Verdacht einer übertragbaren Krankheit an Bord eines Luftfahrzeugs besteht. Ihre Angaben helfen den Gesundheitsbehörden, sich mit Ihnen in Verbindung zu setzen, wenn Sie einer übertragbaren Krankheit ausgesetzt waren. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig und sorgfältig aus. Ihre Angaben werden in Übereinstimmung mit den anwendbaren Gesetzen aufbewahrt und nur für Zwecke der öffentlichen Gesundheitsvorsorge verwendet. **Danke, dass Sie uns dabei helfen, Ihre Gesundheit zu schützen.**

Es ist jeweils ein Formular pro Familie von einem erwachsenen Familienmitglied auszufüllen.
 Füllen Sie das Formular in GROSSBUCHSTABEN aus. Lassen Sie für Leerstellen ein Kästchen frei.

FLUGINFORMATION: 1. Name der Fluggesellschaft 2. Flugnummer 3. Sitzplatz 4. Ankunftsdatum (JJJ/ MM/ TT)

PERSONLICHE ANGABEN: 5. Nachname (Familiename) 6. Vorname 7. Initial zweiter Vorname 8. Geschlecht
 weiblich
 männlich

TELEFONNUMMER(N), unter der (denen) Sie falls nötig erreicht werden können, einschließlich Landesvorwahl und Städtevorwahl.

9. Mobiltelefon 10. Arbeit

11. Privat 12. Andere

13. E-Mail

WOHNANSCHRIFT: 14. Straße und Hausnummer (Bitte lassen Sie zwischen Straße und Haus-Nr. ein Kästchen frei) 15. Wohnungsnummer

16. Stadt 17. Bundesland

18. Land 19. Postleitzahl

VORÜBERGEHENDE ANSCHRIFT: Wenn Sie ein Besucher / Tourist sind, tragen Sie nur den ersten Ort ein, an dem Sie sich aufhalten werden.

20. Name des Hotels (falls zutreffend) 21. Straße und Hausnummer (Bitte lassen Sie zwischen Straße und Haus-Nr. ein Kästchen frei) 22. Wohnungsnummer

23. Stadt 24. Bundesland

25. Land 26. Postleitzahl

Kontaktadresse für den Notfall (Person, die Sie in den kommenden 30 Tagen erreichen kann)

27. Nachname (Familiename) 28. Vorname 29. Stadt

30. Land 31. E-Mail

32. Mobiltelefon 33. weitere Telefonnummer

34. MITREISENDE – FAMILIENMITGLIEDER: Alter nur eintragen, wenn die Person unter 18 Jahre ist

Nachname (Familiename)	Vorname	Sitzplatz	Alter <18
(1) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(3) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(4) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

35. MITREISENDE – NICHTFAMILIENMITGLIEDER: Name der Gruppe angeben (falls zutreffend)

Nachname (Familiename)	Vorname	Gruppe (Reisegruppe, Team, geschäftlich, andere)
(1) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

36. SELBSTAUSKUNFT

Im Rahmen des aktuellen Ausbruchsgeschehens mit dem neuartigen Coronavirus (COVID-19) muss für Sie und alle umseitig angegebenen Mitreisenden die Abgabe der nachfolgenden Selbstauskunft erfolgen. Falls erforderlich wird sich eine gesundheitliche Untersuchung nach Landung anschließen. Sie sind verpflichtet, vor Ihrer Ankunft in Deutschland diese Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten:

Frage 1:

Haben Sie oder einer Ihrer umseitig aufgeführten Mitreisenden eines der Krankheitssymptome Fieber, Husten, Atemnot

UND

hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem bestätigten COVID-19- Fall?

JA NEIN

Frage 2:

Haben Sie oder einer Ihrer umseitig aufgeführten Mitreisenden eines der Krankheitssymptome Fieber, Husten, Atemnot

UND

hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage engen, haushaltsähnlichen Kontakt zu einer Person aus einem Risikogebiet*?

JA NEIN

Frage 3:

Haben Sie oder einer Ihrer umseitig aufgeführten Mitreisenden eines der Krankheitssymptome Fieber, Husten, Atemnot

UND

haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet* aufgehalten?

JA NEIN

* Derzeitige Risikogebiete in China (Stand: 13.02.2020):

Chinesische Provinz Hubei inkl. Stadt Wuhan sowie die Städte Wenzhou, Hangzhou, Ningbo, Taizhou in der Provinz Zhejiang