

Name / last name: _____

Vorname / first name: _____

Geburtsdatum / date of birth: _____

Anschrift / adress: _____

Telefonnummer / telephone: _____

E-Mail-Adresse (freiwillig / e-mail adress (voluntary): _____

Einreise am / arrival at: _____

Einreise aus dem Risikoland / arrival from risk area: _____

Bitte zutreffendes ankreuzen / Please tick.

Ich habe in den letzten 14 Tagen zu einer positiv getesteten Person Kontakt gehabt.
(I had contact to persons tested positively within the last 14 days.)

Schriftlichen negativer Befund füge ich dieser Meldung bei.
(I enclose a negative test result with this report).

Ich begeben mich in eine häusliche Isolation.
(I will quarantine).

Ich habe Symptome und/oder bin aktuell mit dem SARS-CoV-2 Virus infiziert.
(I feel symptoms and/or are infected with SARS-COV-2 at the moment).

Ich zeige keine typische SARS-CoV-2-Symptomatik auf.
(I show no typical symptoms of SARS-CoV-2).

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, mich beim Gesundheitsamt umgehend zu melden, sofern innerhalb der nächsten 14 Tage bei mir typische SARS-CoV-2 Symptome auftreten.
(I acknowledge that I must report to the health department if I develop any symptoms of SARS-CoV-2 within the next 14 days.)

Datum / date

Unterschrift / signature

Vordruck bitte per E-Mail an infektionsschutz@flensburg senden oder per Fax an 0461/851960
(Please send this document via e-mail to infektionsschutz@flensburg or via fax to 0461/851960).