



Gesundheitserklärung

Health Declaration

Bitte füllen Sie dieses Formular mit Ihren persönlichen Angaben und Reisedaten aus /

Please fill in your personal and travel details

Vor u. Nachname / Full name

Flugnummer / Flight number

Datum der Abreise / Departure date

Erklärung zu Ihrem Gesundheitszustand / Passenger declaration relating to health

Bitte geben Sie die Länder an, welche Sie während der letzten 14 Tagen besucht haben

Please state the countries you have visited within the past 14 days

JA / YES

NEIN / NO

Leiden Sie unter grippeähnlichen Symptomen oder Husten etc.?

Do you have flu-like symptoms or cough, etc.?

Falls JA, erklären Sie bitte Ihre Symptome

If YES, please describe _____

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen Fieber?

Do you have fever, or have you had fever within the past 14 days?

Falls JA, machen Sie bitte nähere Angaben

If YES, please provide more details _____

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen engen Kontakt zu jemandem, der als COVID-19 Fall bestätigt wurde oder Kontakt zu Covid-19-Erkrankten hatte?

Have you within the past 14 days been in close contact with someone who is a confirmed COVID-19 case or is part of a COVID-19 cluster?

Falls JA, machen Sie bitte nähere Angaben

If YES, please provide more details _____

Haben Sie in den letzten 14 Tagen größere Veranstaltungen besucht, wie z.B. Sport- oder Kulturveranstaltungen etc., mit mehr als 100 Teilnehmern?

Over the past 14 days, have you attended larger events with more than 100 participants or spectators, e.g. sport events, concerts etc.?

Falls JA, machen Sie bitte nähere Angaben

If YES, please provide more details _____

Unterschrift / Signature

Datum / Date
