Tel. am: **Bearbeiter:** **Fax Ärzteteam:** **Abgabe Linelist:**

Erhebungsbogen für Reiserückkehrer Datum:

Nachname: Geb.: Alter:

Vorname: Geschlecht: (bitte in Kästchen eintragen) m/w/d

Adresse: **Name Bezirk, kreisfreie Stadt oder Landkreis** Mitte _____ _____

Tel.:
E-Mail:

Bitte geben Sie an, in welcher Form Sie Kontakt zu einer nachweislichen oder vermutlichen Infektionsquelle hatten:

Name des Reiselandes:
Dauer des Aufenthaltes
Einreise nach Deutschland:

Zweiten Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Eindämmungsmaßnahmenverordnung - Reiserückkehrer

Reisewegbeschreibung**:**

Leiden Sie unter grippalen Symptomen, welche für eine Coronavirus-Infektion charakteristisch sind? Bitte beschreiben Sie diese und kreuzen den Schweregrad Ihrer Symptomatik an (0 – 10).

Art der Symptome:
(z.B. Husten, Schnupfen, Fieber, Halsschmerzen oder keine)

Symptombeginn / Tag:

Intensität der Symptome:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

mild mäßig stark

Zählen Sie sich zu folgenden Risikogruppen?

- Herzpatienten (z. B. koronare Herzerkrankung) ja/nein
- Lungenpatienten (z. B. Asthma, chronische Bronchitis)
- Patienten mit chronischen Lebererkrankungen
- Patienten mit Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- Patienten mit einer Krebserkrankung
- Patienten mit geschwächtem Immunsystem

Vermerk:

1. **Telefonat+ E-Mail am an mit Link zur Verordnung + Link zum RKI-Flyer „Quarantäne“**
2. **Bitte sich zu melden, wenn grippeähnliche Symptome während der Quarantäne auftreten.**

Nur vom Gesundheitsamt auszufüllen:
SurvNet: _____ LineList: _____ Labor / Abstrich: _____