

Vorgangsnummer:



Stadt Augsburg

Stadt Augsburg
Gesundheitsamt
SG Hygiene
Hoher Weg 8
86152 Augsburg

Anrede:	<input type="text"/>
Familiename:	<input type="text"/>
Vorname(n):	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer:	<input type="text"/>
Postleitzahl:	<input type="text"/>
Wohnort:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>

Reise

In welchem Staat bzw. welcher Region haben Sie sich in den letzten 14 Tagen vor der Einreise nach Deutschland aufgehalten?

Staat:	<input type="text"/>
Staaten/Regionen:	<input type="text"/>
Aufenthaltsdauer:	<input type="text"/>
Einreisedatum nach Deutschland:	<input type="text"/>

Verkehrsmittel:

- Bus
- PKW
- Flug
- Zug
- sonstiges Verkehrsmittel

Sonstiges Verkehrsmittel:

Flughafen (Deutschland):

Vorgangsnummer:

Person

Konnten Sie an sich selbst folgende Symptome feststellen?

- Fieber(>38°C) Halsschmerzen Durchfall
 Husten Atembeschwerden

Falls ja, seit wann?

Beruf:

Ausnahme

Bei mir liegt folgende Ausnahme nach § 2 EQV vor:

Bei mir wurde eine molekularbiologische (PCR) Testung durchgeführt mit folgendem
Ergebnis: positiv negativ liegt noch nicht vor

Testdatum/-stelle: