

# Anzeigebogen für Reiserückkehrer

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonische Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

• Reiseziel: \_\_\_\_\_

Reisezeit: \_\_\_\_\_

Einreisetag Schleswig-Holstein: \_\_\_\_\_

• Liegen Symptome vor? Ja  Symptombeginn: \_\_\_\_\_  
 Nein

Symptome:

Fieber		Gliederschmerzen		allgem. Krankheitszeichen	
Husten		Bauchschmerzen		Geruchsverlust	
Halsschmerzen		Durchfall		Geschmacksverlust	
Schnupfen		Übelkeit und Erbrechen		Atemnot, Kurzatmigkeit	
Kopfschmerzen		Lungenentzündung		Sonstiges:	

• Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber/Einrichtung: \_\_\_\_\_

tätig in Krankenhaus, Vorsorge, Reha-Einrichtungen   
 oder Altenpflegeheim   
 Besuch von: Kindertagesstätte, Schulen, Heime   
 sonstige medizinische Einrichtung   
 Berufsschulen oder Hochschulen

zurück an

Kreis Segeberg  
 -Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz-

E-Mail: infektionsschutz@segeberg.de  
 Fax: 04551/951-9340

**Intern: auszufüllen nur durch das Gesundheitsamt**

Absonderung von(Einreisetag):		bis:	NK:
In Liste eingetragen	Datum:		NK:
Verfügung erstellt	Datum:		NK:
Abstrich:	Datum:	Ergebnis: negativ <input type="checkbox"/> <b>positiv</b> <input type="checkbox"/>	
Vorgang abgeschlossen:	Datum:		NK: