

Es ist jeweils ein Formular pro zusammenlebender Familie von einem erwachsenen Familienmitglied auszufüllen.  
 Füllen Sie das Formular in Großbuchstaben aus. Lassen Sie für Leerstellen ein Kästchen frei.  
 Falschangaben können als Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße bis zu 25 000 EURO verfolgt werden.

REISEINFORMATION: 1. Name des Beförderungsunternehmens

2. Liniennummer  3. Sitzplatz  4. Ankunftsdatum (JJJJ/MM/TT)

5. Abflug-/Abfahrtsort (bitte Stadt und Land eintragen)

6. Über (nur eintragen, wenn Sie umgestiegen sind)

PERSÖNLICHE ANGABEN: 7. Nachname (Familiename)

8. Vorname (n)

9. Geschlecht weiblich  männlich  divers

10. STAATSANGEHÖRIGKEIT

11. Geburtsdatum (JJJJ/MM/TT)

TELEFONNUMMER(N), unter der (denen) Sie falls nötig erreicht werden können, einschließlich Landesvorwahl und Städtevorwahl:

12. Mobiltelefon  13. Arbeit

14. Privat

15. E-Mail

WOHNANSCHRIFT / ANSCHRIFT DES AUFENTHALTSORTES IN DEUTSCHLAND:

16. Name des Hotels (falls zutreffend)

17. Straße und Hausnummer (Bitte lassen Sie zwischen Straße und Haus-Nr. ein Kästchen frei)

18. Wohnungsnummer

19. Stadt

20. Bundesland

21. Postleitzahl

ANSCHRIFT VON WEITEREN BEABSICHTIGTEN AUFENTHALTSORTEN INNERHALB DER NÄCHSTEN 14 TAGE:

22. Name des Hotels (falls zutreffend)

23. Straße und Hausnummer (Bitte lassen Sie zwischen Straße und Haus-Nr. ein Kästchen frei)

24. Wohnungsnummer

25. Stadt

26. Bundesland

27. Postleitzahl

28. MITREISENDE – FAMILIENMITGLIEDER, Alter nur eintragen, wenn die Person unter 18 Jahre ist:

	Nachname (Familiename)	Vorname	Sitzplatz	Alter
(1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

29. HABEN SIE ODER EIN MITREISENDES FAMILIENMITGLIED EINES DER KRANKHEITSSYMPTOME: FIEBER; NEU AUFGETRETENER HUSTEN; GERUCHS- ODER GESCHMACKSVERLUST, ATEMNOT?

Nein  Ja

30. VORLIEGEN EINER TESTUNG AUF INFEKTION MIT DEM CORONAVIRUS SARS-CoV-2:  
 Wurden Sie in den 48h vor der Einreise nach Deutschland negativ auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 getestet?

Nein  Ja

Land in dem die Testung durchgeführt wurde

Datum der Testung (JJJJ/MM/TT)

31. VORLIEGEN EINER TESTUNG AUF INFEKTION MIT DEM CORONAVIRUS SARS-CoV-2 BEI MITREISENDEN FAMILIENMITGLIEDERN, Nur bei Angaben unter Punkt 28. ausfüllen:  
 Wurden mitreisende Familienmitglieder in den 48h vor der Einreise nach Deutschland negativ auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 getestet?

Nein in Bezug auf die unter Punkt 28. genannten Familienmitglieder, nachfolgend die Nummer eintragen

Ja in Bezug auf die unter Punkt 28. genannten Familienmitglieder, nachfolgend die Nummer eintragen

Land in dem die Testung durchgeführt wurde

Datum der Testung (JJJJ/MM/TT)

UNTERSCHRIFT, mit der die Richtigkeit der Angaben versichert wird: