

**Pat.Nr.** \_\_\_\_\_

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geb.Datum:** \_\_\_\_\_

**Datum/Unterschrift:** \_\_\_\_\_

	<b>Ja / Yes</b>	<b>Nein / No</b>
Hatten Sie in den letzten 24 Stunden Fieber oder Schüttelfrost?  Have you had fever or chills within the last 24 hours?		
Hatten Sie in der letzten Zeit Husten oder Atembeschwerden?  Have you been coughing or did you have difficulty in breathing recently?		
Hatten Sie Schnupfen, Hals- oder Kopf- und Gliederschmerzen?  Did you have a sore throat, runny nose and headache or body pains?		
Hatten Sie in den letzten 24 Stunden erbrochen oder dünnen Stuhl?  Have you vomited or had diarrhea within the last 24 hours?		
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem Erkrankten, der Fieber, Husten oder Grippe Symptome zeigte?  Within the last 14 days, have you been near or did you spent time with someone who had fever and cough, or was a known case of influenza?		
Welche Länder, einschl. Ihres Heimatlandes, haben Sie in den letzten 14 Tagen besucht?  List all countries where you have been (including where you live) during the last 14 days?		