

An das
 Gesundheitsamt für die Stadt Darmstadt und den Landkreis Darmstadt-Dieburg
 Niersteiner Straße 3
 64295 Darmstadt
 Telefax: +49 6151 319134
 E-Mail: infektionsschutz@gesundheitsamt-dadi.de

Anzeige einer Reiserückkehr / Entry form for Arrivals

Datum der Einreise nach Hessen: Date of Entry to Hestia:	
Einreise aus folgendem Land: / from Country:	
Anrede / Gender form of Address:	
Nachname / Family Name:	
Vorname / First Name:	
Geburtsdatum / Birth date	
Adresse / Quarantine Address:	_____
Telefonnummer / Phone Number:	
E-Mail-Adresse / Email-Address:	
Falls Ihr Aufenthaltsort während der Quarantäne von Ihrer Meldeadresse abweicht, bitten wir um Information	_____
Ich versichere, dass bei mir keine Krankheitsanzeichen im Sinne einer COVID-19-Erkrankung vorliegen. / I affirm that I do not have any signs of illness in the sense of a COVID-19 disease. Ich begeben mich für 14 Tage nach Einreise in Quarantäne. / I will be in quarantine for 14 days after entry.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja!

Hiermit bestätige ich, dass die obigen Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind./ I hereby confirm that the above information is true and complete.

 (Ort und Datum) / Place / Date:

 (Unterschrift / Signature)

Bitte senden Sie dieses Formular möglichst per Email an: infektionsschutz@gesundheitsamt-dadi.de alternativ können Sie das Formular auch per Fax an 06151 – 319134 oder per Post an die oben angegebene Adresse senden / **Please send this form preferably by email to: infektionsschutz@gesundheitsamt-dadi.de alternatively you can also send the form by fax to 06151 - 319134 or by post to the address given above.**