

At least 4-digit Ref.no to be assigned by German Local Health Dept.  
(Mindestens vierstellige Reg.Nr. vom deutschen Gesundheitsamt zu vergeben, diese sollte  
Geschlecht, Geburtsmonat und Geburtsjahr enthalten, Bsp: M/05/2000; M=male/männlich / F=female/weiblich)

sex/month of birth MM/year of birth YYYY  
Geschlecht/Geburtsmonat MM/Geburtsjahr JJJJ

## NOTICE OF COMMUNICABLE DISEASE IN PERSON TRAVELLING FROM GERMANY

### To the appropriate local/regional/national Public Health Authorities of destination/stopover country

Your doctor has reported to the German Public Health Authorities that you have, or are suspected of having, a notifiable infectious disease, or have been a contact of such a case.

### Angaben für Personen mit einer ansteckenden Infektionskrankheit vor der Ausreise aus Deutschland

#### Für den öffentlichen Gesundheitsdienst im Zielland/Transitland

Ihr Arzt hat den deutschen Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes gemeldet, dass Sie an einer meldepflichtigen Infektionskrankheit leiden oder ansteckungsverdächtig für eine solche Erkrankung sind, entweder als Patient oder als Kontaktperson einer erkrankten Person.

⇒ **Part A, B and C (first page) to be filled in by German Local Health Department (in English)**

Teile A, B und C (Seite 1) sind vom Gesundheitsamt in Englisch auszufüllen

⇒ **PART A: NOTICE OF INFECTION**

Teil A: Meldung einer Infektionskrankheit

The Local Health Department of \_\_\_\_\_ has received a notification  
Dem Gesundheitsamt in \_\_\_\_\_ wurde gemeldet,

that you have a confirmed / suspected infection with \_\_\_\_\_  
which is a notifiable disease/pathogen in Germany.

dass bei Ihnen eine bestätigte Infektion/der Verdacht auf eine Infektion mit (bitte obiges Feld ausfüllen) vorliegt, einer/einem in Deutschland meldepflichtigen Erkrankung/Erreger.

For further details, please contact the following address in Germany:

Für weitere Informationen kontaktieren Sie bitte folgende Adresse in Deutschland:

Issuing officer: \_\_\_\_\_ Postal address of local Health Dept.: \_\_\_\_\_  
Zuständiger Amtsarzt bzw. Mitarbeiter im Gesundheitsamt Anschrift des zuständigen Gesundheitsamtes

Telephone number: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer

Dienststempel Gesundheitsamt

⇒ **PART B: FURTHER DIAGNOSTIC INFORMATION**

Teil B: Weitere diagnostische Informationen

The diagnosis or suspicion is based on (more than one box may be ticked):

Die Diagnose bzw. der Krankheitsverdacht gründet sich auf (mehrere Felder können angekreuzt werden):

Clinical picture  Epidemiological link to confirmed case   
Klinisches Bild Epidemiologischer Zusammenhang mit einem bestätigten Fall

Date of clinical onset \_\_\_\_\_ [YYYY/MM/DD]  
Erkrankungsbeginn [JJJJ /MM /TT]

Laboratory tests  \_\_\_\_\_ (please specify)  
Labortests (bitte angeben, welche Tests)

Other  \_\_\_\_\_ (please specify)  
Andere diagnostische Verfahren (bitte angeben, welche)

⇒ **PART C: Actions taken & travel**

Teil C: Bisher erfolgte Maßnahmen

The following measures have been taken to safeguard the patient or their contacts  
(post exposure prophylaxis, vaccinations, hygiene measures etc.)

Folgende Maßnahmen wurden zum Schutz des Patienten oder der Kontaktpersonen durchgeführt (Postexpositionsprophylaxe, Impfungen, Hygienemaßnahmen etc.)

Travel destination (ultimate destination, excluding short stopovers):

Endgültiges Reiseziel

Country \_\_\_\_\_ Town \_\_\_\_\_  
Land Stadt

Mode(s) of transport: Rail  Road  Boat  Air   
Transportmittel Bahn Straßenverkehr Schiff/Wasserweg Flugzeug

At least 4-digit Ref.no to be assigned by German Local Health Dept.  
(Mindestens vierstellige Reg.Nr. vom deutschen Gesundheitsamt zu vergeben, diese sollte  
Geschlecht, Geburtsmonat und Geburtsjahr enthalten, Bsp: M/05/2000; M=male/männlich / F=female/weiblich)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
sex/month of birth MM/year of birth YYYY  
Geschlecht/Geburtsmonat MM/Geburtsjahr JJJJ

➔ **Part D and E to be filled in by patient/contact (in English)**

Teile D und E (Seite 2) sind vom Patienten/der Kontaktperson in Englisch auszufüllen

➔ **PART D: Travel Itinerary to be filled in by patient / contact**

Teil D: Reisedaten sind vom Patienten / von der Kontaktperson auszufüllen

Name \_\_\_\_\_ First name \_\_\_\_\_  
Vorname

Further details of transport (e.g. flight number): \_\_\_\_\_  
Weitere Reisedetails (Flugnummer etc.)

Date of departure from Germany: \_\_\_\_\_ [YYYY/MM/DD]  
Ausreisedatum aus Deutschland [JJJJ/MM/TT]

Planned date of arrival at final destination: \_\_\_\_\_ [YYYY/MM/DD]  
Erwartetes Ankunftsdatum am endgültigen Reiseziel [JJJJ/MM/TT]

Via (please detail stopovers): \_\_\_\_\_  
Via (bitte Zwischenstops angeben)

My next overnight stay will be in [address]: \_\_\_\_\_  
Meine nächste Übernachtung ist geplant in [Adresse]

Telephone no. of next overnight address: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer der nächsten Übernachtungsadresse

Planned date of arrival at HOME address: \_\_\_\_\_ [YYYY/MM/DD]  
Geplantes Ankunftsdatum bei Heimataadresse [JJJJ /MM /TT]

Home address \_\_\_\_\_ Street: \_\_\_\_\_  
Heimataadresse Strasse

Town/Post/Zip code: \_\_\_\_\_ Country: \_\_\_\_\_  
Stadt/PLZ Land

Home phone: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_  
Telefon zuhause Mobiltelefon

➔ **PART E: Confirmation of consent to data transmission to be filled in by patient / contact**

Teil E: Einwilligung in die Weiterleitung von Daten (vom Patienten/der Kontaktperson in Englisch auszufüllen)

**I agree that the information in this form may be forwarded to the appropriate public health authority in the country of my destination if the need arises.**

*Ich stimme hiermit zu, dass im Bedarfsfall Informationen aus diesem Formular an die zuständigen Gesundheitsbehörden im Land meines Reisezieles weitergeleitet werden dürfen.*

Date [YYYY/MM/DD] \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
Datum [JJJJ/ MM/TT] Unterschrift

**Recommendation to patient / contact:**

Empfehlung für den Patienten/Ansteckungsverdächtigen bzw. seine Kontaktpersonen

**In order to safeguard International Public Health, please contact the Public Health Authorities in the country/town of destination/stopover AS SOON AS POSSIBLE after your arrival, and in any case within 24 hours. When you contact the appropriate official, you should inform them of all the details on this notice.**

*Im Interesse der internationalen öffentlichen Gesundheit kontaktieren Sie bitte unmittelbar nach Ihrer Ankunft im Zielland/Transitland die zuständige Behörde des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Bitte informieren Sie den zuständigen Ansprechpartner zu allen Aspekten dieses Hinweisblattes.*

Robert Koch Institute  
Department for Infectious Disease Epidemiology  
Seestrasse 10  
13353 Berlin, Germany  
  
Phone: +49-30-18754-3402 (office hours)  
+49-30-18754-0 (after office hours)  
Fax: +49-30-18754-3533  
www.rki.de

**Für das Gesundheitsamt:**

Dieses Formular bitte an die zuständigen Gesundheitsbehörden im Ausland weiterleiten.  
Seite 1 (und nur diese!) bitte auch in Kopie über die zuständige Landesbehörde LGL (Fax 089-31560-365) an das RKI (Fax: 030-18754-3533) weiterleiten.