

**GESUNDHEITSERKLÄRUNG / HEALTH DECLARATION FORM
KINGDOM OF SAUDI ARABIA**

BITTE DIE ZUTREFFENDE(N) ANTWORT(EN) WÄHLEN
PLEASE CHECK ANSWER/S THAT APPLY

Waren Sie in direktem Kontakt mit einer Person, bei welcher der Coronavirus COVID-19 diagnostiziert wurde? / Were you in direct contact with a person, who has been diagnosed with the novel coronavirus COVID-19?

JA /YES

 NEIN /NO

Haben Sie in den letzten 14 Tagen eines der unten aufgezählten Länder besucht? (inkl. Transitflüge) /
Did you visit any of the below countries in the past 14 days? (included transit flights)

- China
- Italy
- Iraq
- Malaysia
- Iran
- Japan
- Afghanistan
- Lebanon
- South Korea
- Singapore
- India
- Pakistan
- Other (Please mention it) / Sonstige (Bitte erwähnen)

 FRANCE

09-03-2020

