

Formular für die Einreise aus Risikogebieten in den Landkreis Dahme-Spreewald / Formularz wjazdu z obszarów zagrożonych do powiatu Dahme-Spreewald

gemäß der SARS-CoV-2-Quarantäneverordnung (SARS-CoV-2-QuarV) i.V.m. der Coronavirus-Einreiseverordnung (CoronaEinreiseV)



1. Geben Sie die Länder an, in denen Sie sich in den letzten 10 Tagen aufgehalten haben Uwzględnij kraje, w których byłeś w ciągu ostatnich 10 dni				
Nr. Nr.	Land / Region / Stadt Kraj / region / miasto		Datum der Einreise Data wjazdu	Datum der Abreise Data wyjazdu
1.				
2.				
3.				
2. Dauer des geplanten Aufenthaltes im Land Brandenburg Czas trwania planowanego pobytu w Brandenburgii				
Datum / Zeit vom Data / czas od			Datum / Zeit bis Data / godzina do	
3. Angaben zum Ort der Unterbringung und zur Erreichbarkeit Informacje o miejscu zakwaterowania i dostępność				
Straße Nr. Ulica/Nr. domu				Telefon Telefon
Postleitzahl Kod pocztowy		Ort miejsce		Mobil/numer komórkowego
Ortsteil dzielnica			E-Mail adres e-mail	
4. Angaben zu den in das Land Brandenburg einreisenden Personen Informacje o osobach wjeżdżających do Brandenburgii				
Nr. Nr.	Nachname / Nazwisko		Vorname / Imię	
1.				
2.				
3.				
4.				
5. Angaben zum Reisegrund / Informacje o celu podróży				
5.1 Anlass der Reise / Powód wjazdu * Bescheinigung des Arbeitgebers/ Dienstherrn/ Auftraggebers/ der Bildungseinrichtung ist beizufügen (Bescheinigung muss Angaben zu Hygienekonzept, Notwendigkeit und Unaufschiebbarkeit enthalten) / zaświadczenie od pracodawcy / Pracodawcy / Klienta / instytucja edukacyjna ma zostać przyłączona (Świadectwo musi zawierać informacje o koncepcji higieny, konieczności i nieprzekraczaniu)				
<input type="checkbox"/> arbeitsbezogen* ¹ związany z pracą* ¹		<input type="checkbox"/> Aus- und Weiterbildung* Kształcenie początkowe i ustawiczne*		<input type="checkbox"/> privater Besuch* ² wizyta prywatna* ²
<input type="checkbox"/> touristisch / turystyczny		<input type="checkbox"/> andere Gründe / inne powody		
5.2 nähere Angaben / Więcej szczegółów / Detale * ¹ zum Tätigkeitsfeld / do obszaru działalności, * ² zur Art der Beziehung oder Verwandtschaft zu besuchten Personen / Stopień lub rodzaj relacji, jaką masz z odwiedzaną osobą				
6. Digitale Einreiseanmeldung / Rejestracja cyfrowa				
<input type="checkbox"/> Ja tak	Meine/Unsere Digitale Einreiseanmeldung auf dem Portal www.einreiseanmeldung.de erfolgt vor Einreise in die Bundesrepublik Deutschland. Bitte die Bestätigung beifügen. / Moja / nasza cyfrowa rejestracja na portalu www.einreiseanmeldung.de odbywa się przed wjazdem do Republiki Federalnej Niemiec. Prosimy o załączenie potwierdzenia.			

7. Angaben zu Befunden / Informacje o ustaleniach

- Negativ-Befunde SARS-CoV-2 sind beigefügt / W załączeniu negatywne wyniki SARS-CoV-2 (Die Befunde müssen eine eindeutige Identifikation der getesteten Personen ermöglichen)

8. Erklärung / Deklaracja

Ich/Wir erkläre(n), dass alle oben genannten Personen keine Symptome aufweisen, die auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 hinweisen und wissentlich keinen Kontakt zu einer nachweislich mit SARS-CoV-2 infizierten Person hatten. / Oświadczam / y, że żadna z wyżej wymienionych osób nie ma objawów wskazujących na zakażenie SARS-CoV-2 oraz że świadomie nie miała kontaktu z osobą, co do której można udowodnić zakażenie SARS-CoV-2.

- Ich habe mich / wir haben uns in Quarantäne begeben. / Umieściliśmy / my się w kwarantannie.
- Ich erbitte / wir erbitten die Prüfung des Vorliegens aller Bedingungen für / Żądam / Prosimy o spełnienie wszystkich warunków dla:
- eine Ausnahme von der / wyjątek od
 - eine Verkürzung der / skrócenie

Quarantänepflicht gemäß der SARS-CoV-2-Quarantäneverordnung / Obowiązek kwarantanny zgodnie z przepisami dotyczącymi kwarantanny SARS-CoV-2.

Datum / Data

Vorname und Nachname (Das Formular kann ohne Unterschrift per E-Mail versendet werden)
Imię i nazwisko (Formularz można wysłać e-mailem bez podpisu)

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular zusammen mit gegebenenfalls notwendigen Nachweisdokumenten an die **E-Mail-Adresse**: reiserueckkehrer@dahme-spreewald.de
Prosimy o przesłanie wypełnionego formularza wraz z wszelkimi niezbędnymi dokumentami uzupełniającymi na **adres e-mail**: reiserueckkehrer@dahme-spreewald.de

Dieser Abschnitt wird vom Gesundheitsamt des Landkreises Dahme-Spreewald ausgefüllt Ten Odcinek jest uzupełniany przez wydział zdrowia powiatu Dahme-Spreewald

- Es liegt **keine Ausnahme** von der Pflicht zur Absonderung gemäß § 2 der **SARS-CoV-2-QuarV** vor. Nie **ma wyjątku** od obowiązku segregacji zgodnie z sekcją 2 rozporządzenia o kwarantannie.
- Es liegt eine **Ausnahme** von der Pflicht zur Absonderung gemäß § 2 Absatz _____ der **SARS-CoV-2-QuarV** vor. / Istnieje wyjątek od obowiązku segregacji zgodnie z sekcją 2 ust. _____ rozporządzenia w sprawie kwarantanny SARS-CoV-2.
- Diese Genehmigung gilt **nur in Verbindung mit gleichzeitiger Vorlage eines negativen Testergebnisses für jede eingereiste Person auf das Coronavirus SARS-CoV-2**, wobei das Datum der Probenahme für die Testung nicht vor dem _____.2021 liegen darf! Ein entsprechendes Negatives-Testergebnis auf SARS-CoV-2 lag zum Zeitpunkt dieser Vorab-Genehmigung noch nicht vor. **Das bzw. die negativen Testergebnisse sind stets mitzuführen und im Falle einer Kontrolle mit vorzulegen!** / Zgoda ta jest ważna tylko w przypadku jednoczesnego złożenia negatywnego wyniku testu dla każdej osoby wjeżdżającej do kraju na koronawirusa SARS-CoV-2. Jednak data pobrania próbek do badań nie może przypadać przed _____.2021 r.! Odpowiedni negatywny wynik testu na SARS-CoV-2 nie był jeszcze dostępny w czasie tego wcześniejszego zatwierdzenia. Negatywny wynik testu lub test należy zawsze mieć przy sobie i okazywać w przypadku kontroli!
- Eine **Verkürzung** der Quarantänedauer nach 5 Tagen gemäß § 3 ist möglich. Ein entsprechender Negativ-Befund auf SARS-CoV-2 liegt vor. / Możliwe jest skrócenie okresu kwarantanny po 5 dniach zgodnie z § 3. Dostępny jest odpowiedni ujemny wynik dla SARS-CoV-2.
- Die beigefügten Befunde können **nicht anerkannt** werden, da
Załączonych ustaleń **nie można rozpoznać**, ponieważ

Datum / Data

Stempel / Pieczęć, Unterschrift Gesundheitsamt / podpis wydziału zdrowia