**新冠肺炎疫情防控重点人员移交记录单**

**Transfer Record Sheet of Key Persons for COVID-19 Control**

**Übertragungsprotokoll der Schlüsselpersonen für die COVID-19-Kontrolle**

|  |
| --- |
| 1. 姓名/Name/ Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 性别/ Gender/ Geschlecht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  出生年月/Date of Birth/ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. 国籍/地区/Nationality / Region/ Nationalität/ Region: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  入境时间/Time of Entry/ Zeitpunkt der Einreise: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. 车（船）次/航班号/Vehicle (Voyage)/Flight Number/ Zug (Flotte) No. / Flugnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  车厢（牌）号/Carriage Number (License Plate Number)/ Abteil (Autokennzeichen): \_\_\_\_\_\_\_\_\_  座（铺）位号/Seat (Berth) Number/ Sitz (Bett) Nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. 护照号码/Passport Number/ Passnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. 在华联系人和联系电话（宜多个）Contact Person and Phone Number in China (Preferably Multiple)/ Kontaktpersonen und Telefonnummer in China (Vorzugsweisemehrere):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. 在华工作或联系单位/Employment or Contact Institution in China/ Arbeitgeber in China:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  7.在华居住地/ Residence in China/ Wohnadresse in China:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_乡（街道）/Township (Sub-District)/ Straße(Unterbezirk) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_县（区）/County(District)/ Gemeinde(Bezirk)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_市/City/ Stadt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_省/Province/ Provinze  酒店名称及地址/Hotel Name and Address/Hotel name and Adresse:    8. 初步排查结果/Preliminary Screening Results/ Vorläufige Untersuchungsergebnisse:  □确诊病例/Confirmed Case/ Bestätigter Fall  □疑似病例/Suspected Case/ Verdächtiger Fall  □密切接触者/Close Contact/ EngerKontakt  □有发热等症状者/Patient with Fever or Other Relevant Symptoms/Patient mit Fieberoderanderen Symptomen  □无症状但有流行病学意义者/Asymptomatic Patients with Epidemiological/Fall ohne Symptom  检疫医师（签字）/Significance Physician (Signature)/ Arzt (Unterschrift):\_\_\_\_\_\_\_\_\_  电话/Phone Number/ Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 转运负责人（签字）/Person in Charge of Transfer (Signature)/ Verantwortlicher für die Übertragung (Unterschrift):\_\_\_\_\_\_\_\_  电话/Phone Number/ Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 接收医院/机构名称/Name of Receiving Hospital/Institution/ Name des empfangendenKrankenhauses/Institution:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  接收负责人（签字）/Person in Charge of Reception (Signature)/ Verantwortlicher für die Rezeption (Unterschrift):\_\_\_\_\_\_\_  电话/Phone Number/ Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

本移交记录单一式两联，一份由海关保存，另一联由转运负责人交给接收医院/机构接收负责人。