

Fragebogen zu Gesundheitsangaben

(Vor Einschiffung von allen Erwachsenen auszufüllen)

Schiffsname:	Fährgesellschaft:	Datum und Abfahrtszeit:	Ausstiegshafen:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Telefonnummer, unter der Sie bis 14 Tage nach Ankunft erreichbar sind:

Vollständiger Vorname

lt. Personalausweis/ Pass:

Familienname:

Sitz:

Nummer:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Vollständiger Name aller mitreisenden Kinder unter 18 Jahren:

A) Economy
B) Pullmansitz
C) Business, D) Kabine

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Innerhalb der letzten 14 Tage

JA NEIN

Haben Sie oder eine der o.g. Personen plötzlich Symptome wie Fieber, Husten oder Atembeschwerden entwickelt?

Hatten Sie oder eine der o.g. Personen engen Kontakt zu jemandem, bei dem eine Corona-Virusinfektion (COVID 19) diagnostiziert wurde?

Haben Sie oder eine der o.g. Personen eine an COVID-19 erkrankte Person gepflegt oder mit Gesundheitspersonal zusammengearbeitet, die mit dem Corona-Virus infiziert waren?

Haben Sie oder eine der o.g. Personen eine an COVID-19 erkrankte Person besucht oder sich sehr nah bei einer an COVID-19 erkrankten Person aufgehalten?

Haben Sie oder eine der o.g. Personen eng mit einer an COVID-19 erkrankten Person zusammengearbeitet oder das Klassenzimmer geteilt?

Sind Sie oder eine der o.g. Personen mit einer an COVID-19 erkrankten Person in einem Transportmittel gereist?

Haben Sie oder eine der o.g. Personen mit einer an COVID-19 erkrankten Person in einem Haushalt gelebt?

Wurden Sie innerhalb der letzten 14 Tage auf COVID-19 getestet?

Nein Ergebnis ausstehend Positiv Negativ

Unterschrift