

## Fragebogen zu Gesundheitsangaben

(Vor Einschiffung von allen Erwachsenen auszufüllen)

<b>Schiffsname:</b>	<b>Fährgesellschaft:</b>	<b>Datum und Abfahrtszeit:</b>	<b>Ausstiegshafen:</b>
<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"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**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"/>					

### Innerhalb der letzten 14 Tage

	JA	NEIN		
Haben Sie oder eine der o.g. Personen plötzlich Symptome wie Fieber, Husten oder Atembeschwerden entwickelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hatten Sie oder eine der o.g. Personen engen Kontakt zu jemandem, bei dem eine Corona-Virusinfektion (COVID 19) diagnostiziert wurde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Haben Sie oder eine der o.g. Personen eng mit einer an COVID-19 erkrankten Person zusammengearbeitet oder das Klassenzimmer geteilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sind Sie oder eine der o.g. Personen mit einer an COVID-19 erkrankten Person in einem Transportmittel gereist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Haben Sie oder eine der o.g. Personen mit einer an COVID-19 erkrankten Person in einem Haushalt gelebt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wurden Sie innerhalb der letzten 14 Tage auf COVID-19 getestet?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ergebnis ausstehend	<input type="checkbox"/> Positiv	<input type="checkbox"/> Negativ

Unterschrift .....