

Gesundheitsfragebogen

Bitte füllen Sie das Formular erst ab 6 Stunden vor Startdatum der Kreuzfahrt aus und geben Sie es beim Check-in ab. Es muss von allen Personen ab 18 Jahren ausgefüllt werden (ein Formular pro Person). Vielen Dank!

Schiffsname Startdatum der Kreuzfahrt Abfahrtschafen

Vor- und Nachname Kabine/Kabinen

Vor- und Nachnamen aller mitreisenden Kinder unter 18 Jahren:

(1) (3)
 (2) (4)

Bitte helfen Sie uns, die Gesundheit und Sicherheit aller Gäste und Crew-Mitglieder an Bord dieses Schiffes zu gewährleisten, indem Sie folgende Fragen beantworten:

- Hatten Sie oder eines der oben aufgeführten Kinder innerhalb der letzten 24 Stunden Symptome von **Durchfall** oder **Erbrechen**? Ja Nein
- Haben Sie oder eines der oben aufgeführten Kinder aktuell folgende Symptome: **Husten, Schnupfen, Atembeschwerden, Fieber, Halsschmerzen, Geschmacks- oder Geruchsverlust**? Ja Nein
- Wurden Sie oder eines der oben aufgeführten Kinder innerhalb der letzten 5 Tage positiv auf COVID-19 getestet? Ja Nein
- Hatten Sie oder eines der oben aufgeführten Kinder in den letzten 5 Tagen engen Kontakt zu einer positiv auf COVID-19 getesteten Person? Ja Nein

Datenschutzhinweis: Ihre personenbezogenen Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen verwendet. Die vollständige Datenschutzerklärung sowie unsere Reisebedingungen finden Sie auf aida.de. Die Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand werden zu folgenden Zwecken verarbeitet: 1. Gewährleistung des Gesundheitsschutzes und der Sicherheit sowie für Ihre notwendige medizinische Betreuung. 2. Zur Erfüllung von gesetzlichen Verpflichtungen, Vorschriften, nationalen und europäischen Gesetzen sowie aus Gründen, die sich aus den Anordnungen der Behörden hierzu kraft Gesetzes ergeben.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die von Ihnen gemachten Angaben wahr und richtig sind. Falsche Angaben können erhebliche negative Auswirkungen auf die Gesundheit Ihrer Mitreisenden und der Crew haben.

Unterschrift: _____