

# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN



Bitte füllen Sie das Formular erst ab 6 Stunden vor Betreten des Schiffes aus und geben es beim Check-in ab. Es muss von allen Personen ab 18 Jahren ausgefüllt werden (ein Formular pro Person).

Schiffsname	Datum	Abfahrtschafen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vor- und Nachname	Kabine	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Vor- und Nachname aller mitreisenden Kinder unter 18 Jahren:		
(1) <input type="text"/>	(3) <input type="text"/>	
(2) <input type="text"/>	(4) <input type="text"/>	

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

- Haben Sie Informationen und Richtlinien zu COVID-19 einschließlich der Standard- und Vorsichtsmaßnahmen zum Gesundheitsschutz erhalten?
- Verstehen und befolgen Sie geltende Standard- und vorbeugende Gesundheitsmaßnahmen, um die COVID-19-Ausbreitung zu verhindern, wie z. B. das Einhalten des Mindestabstands, das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes, das Husten in die Armbeuge, eine gründliche Handhygiene und die Testverfahren (z. B. Temperaturmessung) an Bord und während der Landausflüge?



<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Sind/Hatten Sie oder eine der oben genannten Personen in den letzten 14 Tagen

- positiv auf eine COVID-19-Infektion oder -Antikörper getestet worden oder mussten Sie sich aufgrund von COVID-19 in häusliche Quarantäne begeben? Falls ja, geben Sie bitte detaillierte Informationen hierzu an, z. B. Datum, Art des Tests, Gründe für die Quarantäne: \_\_\_\_\_
- folgende Symptome: Husten, Atemnot, Atembeschwerden, Fieber, Schüttelfrost, wiederholtes Zittern mit Schüttelfrost, Muskelschmerzen, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Geschmacks- oder Geruchsverlust, Magen-Darm-Beschwerden, Ausschlag?
- von der Verpflichtung, einen Mund-Nasen-Schutz zu tragen, befreit worden?
- durch ein Land außerhalb Deutschlands gereist oder haben sich dort aufgehalten, abgesehen von Transfers oder Transitreisen vom Wohnort zum Schiff, z. B. Anreise mit Auto, Zug, Bus oder Flugzeug? Wenn ja, in welchem Land sind Sie gewesen? \_\_\_\_\_
- in engem Kontakt zu Personen gewesen, die Symptome aufweisen, vermutlich infiziert sind, positiv auf COVID-19 getestet wurden oder sich in häusliche Quarantäne begeben mussten?



<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
--------------------------	----	--------------------------	------

Nur für Reisende, die einen vollständigen Impfschutz nachweisen müssen

- Haben Sie oder o.g. Personen eine Einmalimpfung (Impfstoff Janssen® von Johnson & Johnson) erhalten? Wenn ja, tragen Sie bitte hier Namen der geimpften Gäste und Impfdatum ein: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
--------------------------	----	--------------------------	------

Dieser Fragebogen kann auf Anordnung an die zuständigen Gesundheitsbehörden weitergegeben werden. AIDA Cruises behält sich zivilrechtliche und/oder strafrechtliche Schritte bei wissentlich oder absichtlich falschen, fiktiven oder betrügerischen Aussagen vor. Ihre Daten verarbeiten wir gemäß den geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Sie finden die zusätzliche Datenschutzerklärung zur COVID-19-Prävention auf [www.aida.de/datenschutzcovid](http://www.aida.de/datenschutzcovid)

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_