

Έντυπο-ερωτηματολόγιο δήλωσης υγείας πριν την επιβίβαση

(προς συμπλήρωση από όλα τα ενήλικα άτομα πριν την επιβίβαση)

| ΟΝΟΜΑ ΠΛΟΙΟΥ | ΕΤΑΙΡΕΙΑ | ΗΜΕΡΑ ΚΑΙ ΩΡΑ ΤΑΞΙΔΙΟΥ | ΛΙΜΕΝΑΣ ΑΠΟΒΙΒΑΣΗΣ |
|--|--------------------|------------------------|--------------------|
| SPEEDRUNNER III | AEGEAN SPEED LINES | | |
| Τηλέφωνο επικοινωνίας για τις επόμενες 14 ημέρες μετά την αποβίβαση: | | | |

| Όνομα όπως εμφανίζεται στην ταυτότητα/ διαβατήριο: | Επώνυμο όπως εμφανίζεται στην ταυτότητα/διαβατήριο: | Όνομα πατρός: | ΘΕΣΗ Α) ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ Β) ΑΕΡΟΠΟΡΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ Γ) ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΗ Δ) ΚΑΜΠΙΝΑ | ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΗΣ ΑΕΡΟΠΟΡΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ / ΚΑΜΠΙΝΑΣ |
|--|--|---------------|--|--|
| | | | | |
| Όνομα όλων των παιδιών, κάτω των 18 που ταξιδεύουν μαζί σας: | Επώνυμο όλων των παιδιών, κάτω των 18 που ταξιδεύουν μαζί σας: | Όνομα πατρός: | ΘΕΣΗ Α) ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ Β) ΑΕΡΟΠΟΡΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ Γ) ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΗ Δ) ΚΑΜΠΙΝΑ | ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΕΣΗΣ ΑΕΡΟΠΟΡΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ / ΚΑΜΠΙΝΑΣ |
| | | | | |
| | | | | |

Ερωτήσεις

| Τις τελευταίες 14 ημέρες | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
|--|--|-----|
| 1. Έχετε τώρα ή είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο παρουσιάσει ξαφνικά συμπτώματα πυρετού ή βήχα ή δυσκολία στην αναπνοή; | | |
| 2. Είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο, στενή επαφή με κάποιον ο οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19); | | |
| 3. Είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο, προσφέρει άμεση φροντίδα σε κάποιον ο οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό COVID-19 ή εργαστήκατε με υγειονομικούς υπαλλήλους οι οποίοι επιμολύνθηκαν με COVID-19; | | |
| 4. Είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο, επισκεφτεί ή βρεθήκατε σε κοντινή απόσταση με κάποιον ο οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19); | | |
| 5. Είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο, εργαστεί σε κοντινή απόσταση ή μοιραστήκατε το ίδιο περιβάλλον με κάποιον οποίος είχε διαγνωστεί με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19); | | |
| 6. Είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο, ταξιδέψει με ασθενή από COVID-19 σε οποιοδήποτε μέσο μεταφοράς; | | |
| 7. Είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο, μείνει στη ίδια οικία με ασθενή με λοίμωξη από τον νέο κορωνοϊό (COVID-19); | | |
| 8. Έχετε κάνει τις τελευταίες 14 ημέρες εργαστηριακό έλεγχο για COVID-19; | <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αναμένεται αποτέλεσμα <input type="checkbox"/> Θετικό <input type="checkbox"/> Αρνητικό | |