

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="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<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="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	<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

Aktualisierung personenbezogener Daten: Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt aus Gründen des öffentlichen Interesses zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und zur Behandlung der Folgen des Coronavirus COVID-19 und unterliegt den Bestimmungen der Allgemeinen Datenschutzverordnung und des Gesetzes 4624/2019 (Regierungsanzeiger 137 / A' / 2019). Gemeinsame Herausgeber sind: (a) das Ministerium für Schifffahrt und Inselpolitik und (b) "Anonimi Naftiliaki Etairia Kritis SA", Adresse: 148, K.Karamanlis Ave. P.C. 731 34 Chania, Kreta, E-Mail: customerservice@anek.gr, Datenschutzbeauftragter des Unternehmens: 148, K.Karamanlis Ave, P.C. 731 34 Chania, Kreta, E-Mail: privacyteam@anek.gr,“; hier können Sie die Ausübung Ihrer Rechte (Recht auf Information, Zugang, Korrektur, Löschung (nach zwei Monaten), Einschränkung der Verarbeitung) beantragen. Detaillierte Informationen finden Sie auf der Website des Ministeriums für Schifffahrt und Inselpolitik, unter <https://www.ynanp.gr/el/>, Abschnitt: Anleitungen und Passagierfragebögen.

Unterschrift