

ΕΝΤΥΠΟ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΠΙΒΙΒΑΣΗ

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

| ΟΝΟΜΑ ΠΛΟΙΟΥ | ΕΤΑΙΡΕΙΑ | ΗΜΕΡΑ & ΩΡΑ ΤΑΞΙΔΙΟΥ | ΛΙΜΕΝΑΣ ΑΠΟΒΙΒΑΣΗΣ |
|--|--|----------------------|---|
| 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 |

| Τις τελευταίες 14 ημέρες | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
|--|--|-----|
| 1. Έχετε τώρα ή είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο παρουσιάσει ξαφνικά συμπτώματα πυρετού ή βήχα ή πυρετό ή δύσπνοια ή αιφνίδια εκδήλωση ανοσμίας, αγευσίας ή δυσγευσίας. | | |
| 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); | | |
| Αποτελέσματα Ελέγχων & εμβολιασμός | | |
| 8. Έχετε κάνει τις τελευταίες 72 ώρες μοριακό εργαστηριακό έλεγχο (PCR) για COVID-19; | <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Αναμένεται αποτέλεσμα <input type="checkbox"/> Θετικό <input type="checkbox"/> Αρνητικό | |
| 9. Έχετε κάνει αυτή ή την προηγούμενη μέρα έλεγχο για COVID-19 με ταχύ αντιγονικό τεστ (rapid test) ή αυτοδιαγνωστικό έλεγχο (self test); | <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Θετικό <input type="checkbox"/> Αρνητικό | |
| 10. Έχετε εμβολιαστεί με όλες τις απαραίτητες δόσεις για τον COVID-19; | <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι | |

Ο/Η Δηλών/ούσα