Aussteigekarte für Reisende / Passenger Locator Card

Sehr geehrte(r) Reisende(r),
auf Ihrem Schiff befindet sich möglicherweise ein Passagier mit einer ansteckenden Erkrankung. Zu Ihrem eigenen Schutz und zum Schutz vor einer Weiterverbreitung der Infektion möchten wir Sie bitten, uns die folgenden Angaben zu Ihrer Person zu machen:
Dear passenger,
during the journey there was a person on board who may have been suffering from a contagious or communicable disease. In order to protect you and to avoid further spread of the suspected illness we require the following personal data.

Diese Angaben dienen uns dazu, Sie im Falle einer Infektionsgefährdung zu informieren und zu beraten. Sie werden ausschließlich zu diesem Zweck genutzt und umgehend gelöscht, falls kein Infektionsrisiko mehr besteht.
The confidential data obtained shall be used exclusively for the execution of our legal obligations. In case of an infection risk you shall be contacted by Health Authorities. As soon as we have established that no health risk exists, the data shall be destroyed.

Schiffsname / *Ship name:*

Letzter Hafen / *last port*

Nummer der Kreuzfahrt / *voyage identification code*

Reisezeitraum von - bis/ dates of j*ourney / length, from - to,* **Kabinen Nr. / *Cabin Number***

Pass-Nr. / *Pass Port Number*

Name / *Surname* **Vorname / *first name*:**

Geburtsdatum / *Date of Birth*: **DD** ___ **MM** ___ **YYYY** ___ **Geschlecht / *Sex*** **m/*m*** **w / *f*** **Nationalität / Nationality** _____

Heimatadresse / *Home address* / Straße / *Street* / Nr./ *No.*

Postleitzahl /Ort / *Zip-Code* / *Town or City*

Land / *Country*:

Telefon-Nr. / *Phone Number* / Handy-Nr. / *Mobile Number*::

E-Mail

Aufenthaltsort in den nächsten 10 Tagen / *Contact address for the next 10 days:* Straße / *Street* /Nr. / *No*.

Postleitzahl / Ort / *Zip-Code / Town or City*:

Land / *Country*:

Telefon-Nr. / *phone No.:*

Angaben zu Ihrer Reise / *Passage / Journey details:*

Abreise von / *Departure from*: **Nach / *Destination* :**

Gesundheitsfragen / *Public Health Questionnaire*

1. Hatten Sie in den letzten 24 Stunden Fieber oder Schüttelfrost?	Ja	☐	Nein	☐
Have you had fever or chills within the last 24 hours?	Yes	☐	No	☐
2. Hatten Sie in der letzten Zeit Husten oder Atembeschwerden	Ja	☐	Nein	☐
Have you been coughing or did you have difficulty in breathing recently?	Yes	☐	No	☐
3. Hatten Sie Schnupfen, Hals- oder Kopf-und Gliederschmerzen?	Ja	☐	Nein	☐
Did you have a sore throat, runny nose, and headache or body pains?	Yes	☐	No	☐
4. Hatten Sie in den letzten 24 Stunden erbrochen oder dünnen Stuhl	Ja	☐	Nein	☐
Have you vomited or had diarrhea within the last 24 hrs.?	Yes	☐	No	☐
5. Hatten Sie in den letzten 10 Tagen Kontakt zu einem Erkrankten, der Fieber, Husten oder Grippesymptome (Influenza) zeigte?	Ja	☐	Nein	☐
Within the last 10 days, have you been near or did you spent time with someone who had fever and cough, or was a known case of influenza	Yes	☐	No	☐
6. Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?	Ja	☐	Nein	☐
Are you suffering from a chronic disease or condition?	Yes	☐	No	☐

7. Wenn ja- welche: *If yes – specify*:

Welche Länder, einschließlich Ihres Heimatlandes, haben Sie in den letzten 10 Tagen besucht? Beginnen Sie mit dem zuletzt besuchten Land.
List all countries where you have been (including where you live) during the last 10 days. List in order the most recent country first (where you boarded)

1. **2.** **3.**

4. **5.** **6.**