

PASSENGER/CREW LOCATOR FORM – CRUISE SHIPS

Date of form completion: (yyyy/mm/dd)

2 0

Public Health Passenger/Crew Locator Form: To protect your health, public health officers need you to complete this form whenever they suspect a communicable disease onboard a cruise ship. Your information will help public health officers to contact you if you were exposed to a communicable disease. It is important to fill out this form completely and accurately. Your information is intended to be held in accordance with applicable laws and used only for public health purposes. ~Thank you for helping us to protect your health.

One form should be completed by an adult member of each family/crew member. Print in capital (UPPERCASE) letters. Leave blank boxes for spaces.

CRUISE INFORMATION: 1. Cruise line name 2. Cruise ship name 3. Cabin Number 4. Date of disembarkation (yyyy/mm/dd) 2 0

PERSONAL INFORMATION: 5. Last (Family) Name 6. First (Given) Name 7. Middle Initial 8. Your sex MALE FEMALE OTHER 9. Age (years)

PHONE NUMBER(S) where you can be reached if needed. Include country code and city code.

10. Mobile 11. Business

12. Home 13. Other

14. Email address

PERMANENT ADDRESS*:

15. Country 16. State/Province

17. City 18. ZIP/Postal code

19. Number and street (Separate number and street with blank box) 20. Apartment number

*21. if in the previous 14 days you have stayed in a country (not transit) other than your permanent address, declare below the name of country/countries:

TEMPORARY ADDRESS: If at any time during the next 14 days you will not be staying at the permanent address listed above, write the places where you will be staying.

22. Country 1 23. State/Province 1

24. City 1 25. ZIP/Postal code 1

26. Hotel name 1 (if any) 27. Number and street 1 (Separate number and street with blank box) 28. Apartment number 1

29. Country 2 30. State/Province 2

31. City 2 32. ZIP/Postal code 2

33. Hotel name 2 (if any) 34. Number and street 2 (Separate number and street with blank box) 35. Apartment number 2

PASSENGER/CREW LOCATOR FORM – CRUISE SHIPS

Date of form completion: (yyyy/mm/dd)

2	0								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

36. TRAVEL COMPANIONS – FAMILY: Only include age if younger than 18 years

	Last (Family) Name	First (Given) Name	Cabin number	Age <18
(1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

37. TRAVEL COMPANIONS – NON-FAMILY/NON-SAME HOUSEHOLD: Also include name of group (if any)

	Last (Family) Name	First (Given) Name	Group (<i>tour, team, business, other</i>)
(1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

To be completed by CREW only:

38. Working sector on board:

<input type="text"/>

39. Co-habitants in cabin:

	Last (Family) Name	First (Given) Name
(1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>



FRAGEBOGEN ZUM GESUNDHEITSTAND IST VON ALLEN GÄSTEN AUSZUFÜLLEN.

(Bitte pro Person ein Formular)
(Offb.8, 08.12.21)



Wichtiger Hinweis: Das Formular bitte erst einen Tag vor Ihrer Kreuzfahrt ausfüllen, da es zu kurzfristigen Änderungen der EU-Protokolle und -Vorschriften kommen kann.

Datum: _____

Schiff: _____ Kabinen Nr.: _____

Vor- und Nachname: _____

Mitreisende Kinder unter 18 Jahren bitte Vor – und Nachname eintragen:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Um die Gesundheit und Sicherheit der Gäste und Crew zu schützen bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Haben Sie oder eine der oben genannten Personen innerhalb der letzten 14 Tage ein positives COVID-19 Testergebnis erhalten? J N
2. Hatten Sie oder eine der oben aufgeführten Personen in den letzten 14 Tagen engen Kontakt mit Personen, bei denen der Verdacht besteht, dass sie COVID-19 haben, oder haben sie geholfen, diese zu pflegen? J N
3. Werden Sie oder eine der oben aufgeführten Personen derzeit einer Gesundheitsüberwachung hinsichtlich einer möglichen Erkrankung an COVID-19 unterzogen? J N
4. Haben Sie oder eine der oben genannten Personen eines der folgenden Symptome: Fieber (38C/100,4F oder höher), Schüttelfrost, Kurzatmigkeit oder Atembeschwerden, Müdigkeit, Muskel- oder Körperschmerzen, Kopfschmerzen, Geruchs- oder Geschmacksverlust, Halsschmerzen, verstopfte oder laufende Nase, Übelkeit oder Erbrechen oder Durchfall? J N
5. Haben Sie in den letzten 14 Tagen eines der Länder besucht, die derzeit auf der COVID-19 Roten Liste stehen? J N

Für den unwahrscheinlichen Fall, dass Sie persönlich von einem Gesundheits- oder Sicherheitsnotfall betroffen sind, benötigen wir Ihre Kontaktdaten für den Notfall. Alle in diesem Dokument enthaltenen Informationen werden nur für die oben beschriebenen Zwecke verwendet und nach Beendigung der Reise gelöscht. Sie können einen Elternteil, ein Familienmitglied, einen Ehepartner oder eine andere vertrauenswürdige Person als Notfallkontakt auflisten.

Kontaktname: _____ Telefonnummer: _____

Kontaktname: _____ Telefonnummer: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich meine/unsere Bereitschaft, alle vorgeschriebenen Gesundheitsprotokolle an Bord und an Land während der gesamten Reisezeit zu befolgen. Ich bestätige, dass die obige Erklärung wahr und richtig ist und dass jede unwahre Antwort schwerwiegende Folgen für die öffentliche Gesundheit und Sanktionen/Strafen zur Folge haben kann.

Unterschrift: _____