

Ερωτηματολόγιο Δημόσιας Υγείας Public Health Questionnaire



Να συμπληρώνεται από κάθε ενήλικα
To be completed by any adult

Όνοματεπώνυμο, όπως αναγράφεται στο δελτίο ταυτότητας ή άλλο έγγραφο:
Name as shown in the passport or other ID:

Όνόματα όλων των παιδιών κάτω των 18 ετών που ταξιδεύουν μαζί σας:
Names of all children travelling with you under 18 years old:

Τις τελευταίες 14 ημέρες, εσείς ή οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο που αναφέρεται παραπάνω:
Within the past 14 days, have you, or any person listed above:

- | | ΝΑΙ
YES | ΟΧΙ
NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Είχατε στενή επαφή με κάποιον που διαγνώστηκε ότι πάσχει από τη νόσο του κορονοϊού COVID-19;
Had close contact with anyone diagnosed as having Coronavirus disease (COVID-19)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Είχατε προσφέρει άμεση φροντίδα σε ασθενείς COVID-19, εργαζόμενος στον τομέα της υγείας;
Provided direct care for COVID-19 patients, working with healthcare workers? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Είχατε επισκεφτεί ή βρεθεί σε κλειστό χώρο με ασθενή που πάσχει από τον κορονοϊό COVID-19;
Visited or stayed in a closed environment with any patient having Coronavirus disease (COVID-19)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Είχατε εργαστεί μαζί σε κοντινή απόσταση ή βρεθεί στην ίδια αίθουσα με ασθενή COVID-19;
Worked together in close proximity, or sharing the same classroom environment, with a COVID-19 patient? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Είχατε ταξιδέψει μαζί με ασθενή COVID-19 με οποιοδήποτε μέσο μεταφοράς;
Traveled together with COVID-19 patient in any kind of conveyance? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Είχατε μείνει στην ίδια κατοικία με ασθενή COVID-19;
Lived in the same household as a COVID-19 patient? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ημ/νία: / Date: _____

Υπογραφή: / Signature: _____



Levante Ferries