



## Ερωτηματολόγιο Δήλωσης Υγείας προ επιβίβασης Pre-Boarding Health declaration Questionnaire

Να συμπληρώνεται από κάθε ενήλικα / To be completed by any adult

Ημερομηνία: / Date :

Προορισμός: / Destination:

Όνοματεπώνυμο, όπως αναγράφεται στο δελτίο ταυτότητας ή άλλο έγγραφο:

Name as shown in the passport or other ID:


Στοιχεία επικοινωνίας (τηλ. email) / Contact details (tel. email)


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:

ΝΑΙ	ΌΧΙ
-----	-----

→ Within the past 14 days, have you, or any person listed above:

YES	NO
-----	----

→ Έχετε τώρα ή είχατε εσείς ή οποιοδήποτε προαναφερόμενο άτομο παρουσιάσει ξαφνικά συμπτώματα πυρετού ή βήχα ή δυσκολία στην αναπνοή;

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

→ Have you or has any person listed above, presented sudden onset of symptoms of fever or cough or difficulty in breathing? \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

→ Είχατε στενή επαφή με κάποιον που διαγνώστηκε ότι πάσχει από τη νόσο ; του κορονοϊού COVID-19; \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

→ 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;

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

→ Provided direct care for COVID-19 patients, working with healthcare workers?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

→ Είχατε επισκευθεί ή βρεθεί σε κλειστό χώρο με ασθενή που πάσχει από το κορονοϊό COVID-19;

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

→ Visited or stayed in a close 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;

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

→ Worked together in close proximity, or sharing the same classroom environment, with a COVID-19 patient? \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

→ Είχατε ταξιδεύσει μαζί με ασθενή COVID-19 με οποιοδήποτε μέσο μεταφοράς;

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

→ 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;

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

→ Lived in the same household as a COVID-19 patient?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------