

Dieser Fragebogen muss von allen Personen (ein Formular pro Person) ausgefüllt werden, bevor sie das Werftgelände betreten.
This questionnaire must be filled out by everybody (one form per person), before entering the yard.

Firmenname (Company)

Datum (Date)

Vor- und Nachname (First and last name)

Personalnummer (Staff number)

Wenn Sie sich krank fühlen, oder wenn bei Ihnen die unten genannten Symptome auftreten, wenden Sie sich bitte an einen Arzt und betreten Sie bitte nicht das Werftgelände!

If you feel ill or if you have below mentioned symptoms, please contact a doctor and do not enter the shipyard!



Fieber oder erhöhte Körpertemperatur
Fever or increased body temperature



Halsschmerzen oder Kratzen im Hals
Sore throat or scratchy throat



Trockener Husten
Dry cough



Muskel- und Kopfschmerzen
Muscle and headache



Atembeschwerden oder Atemnot
Difficulty breathing

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Please answer the following questions:

1. Haben Sie in den vergangenen 14 Tagen Kontakt zu Personen gehabt, die akut mit dem Coronavirus infiziert sind oder bei denen ein Verdacht auf Infizierung besteht?

In the last 14 days, have you had contact with a suspected or acutely infected case of coronavirus?

Ja/Yes Nein/No

2. Haben Sie sich in den vergangenen 14 Tagen in einem als Risikogebiet* aufgehalten?

Have you been the last 14 days in a risk area*?

*Liste der Risikogebiete / *List of risk areas:

Ja/Yes Nein/No



2.1 Wenn Sie „Ja“ angekreuzt haben:

If you selected „Yes“:

Führen Sie zwei negative COVID-19 Testergebnisse (Sars-CoV-2 PCR Abstrich)** mit sich, welche mehr als 5 Tage auseinander liegen?

Do you hold two negative COVID-19 test results (Sars-CoV-2 PCR)**

**negatives COVID-19 Testergebnis mit Bestätigung der zuständigen Gesundheitsbehörde oder negatives COVID-19 Testergebnis aus einem deutschen Labor / **negative COVID-19 test result with confirmation of the responsible health authority or negative COVID-19 test result from a German laboratory which are more than 5 days apart?

Ja/Yes Nein/No

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Corona-Präventionsmaßnahmen auf dem Werftgelände einhalte. Ich weiß, dass ich die aktuellen Präventionsmaßnahmen über die Internetseite der NEPTUN WERFT einsehen kann und informiere mich regelmäßig, ob es Neuerungen gibt.

With my signature I confirm that I comply with the Corona prevention measures on the shipyard. I know that I can check the current prevention measures via the NEPTUN WERFT website and keep myself posted on the latest changes.

Ich bestätige, dass mir die grundlegenden Hygiene- und Abstandsregeln bekannt sind und ich diese befolge.

I also adhere to the behaviour to avoid infections.

Ich bestätige, dass die oben aufgeführten Angaben wahr und richtig sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben erhebliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheitssituation haben können und ich ggf. durch von mir vorsätzlich, oder grob fahrlässig verursachte Schäden haftbar gemacht werden kann. Ich versichere, diesen Fragebogen erneut aktiv auszufüllen, wenn ich mich länger als 48 Stunden in einem Risikogebiet aufgehalten habe.

I hereby confirm that the information provided above is true and correct. I am aware that providing false information can have a significant impact on the public health situation and that I can be held liable for damages caused by me intentionally or through gross negligence. I confirm to fill out this questionnaire again if I have been in a risk area for more than 48 hours.

Datum und Unterschrift

(Date and Signature)

Datenschutzhinweis / Data protection statement:

Siehe Aushang an den Zutrittsstoren und/oder www.meyerwerft.de oder verwenden Sie den nebenstehenden QR-Code. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten (E-mail: privacy@meyerwerft.de)
See posting at the gates and/or www.meyerwerft.de or use the QR-code.
For questions please contact our data protection officer (E-Mail: privacy@meyerwerft.de)



Bitte ausgefüllt am Tor abgeben. Please submit the completed questionnaire