

Dieser Fragebogen muss von allen Personen (ein Formular pro Person) ausgefüllt werden, bevor sie das Wertfengelände 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 Wertfengelände!**

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



**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 10 Tagen in einem laut Robert Koch Institut definierten ausländischen Risikogebiet\* (siehe QR-Code) aufgehalten?**

Have you been in a foreign risk area defined by the Robert Koch Institute\* (see QR-Code) in the past 10 days?

\*Liste der Risikogebiete siehe QR-Code / \*For List of Risk areas scan QR-Code:

Ja/Yes  Nein/No



**2.1 Wenn Sie „Ja“ angekreuzt haben:**

If you selected „Yes“:

**Haben Sie Kontakt mit dem zuständigen Gesundheitsamt aufgenommen bzw. sind von der Quarantäne-Pflicht befreit?**

Have you contacted the responsible health authority or have you been exempted from the quarantine obligation?

Ja/Yes  Nein/No

**3. Liegt Ihr Wohnsitz oder Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort in Mecklenburg Vorpommern und haben Sie sich in den vergangenen 10 Tagen in einem laut Robert Koch Institut definierten inländischen Hochrisikogebiet\* (200 oder mehr Neuinfektionen je 100.000 Einwohner, siehe QR-Code) aufgehalten?**

Is your place of residence or usual place of abode in Mecklenburg-Western Pomerania and have you been in a domestic high-risk area\* defined by the Robert Koch Institute (200 or more new infections per 100,000 inhabitants, see QR code) in the past 10 days?

\*Ausschlaggebend ist der Zeitpunkt der Einreise nach Mecklenburg Vorpommern. / The decisive factor is the date of entry into Mecklenburg-Western Pomerania.

Liste der 7-Tages-Inzidenzen nach Bundesland und Landkreis siehe QR-Code / \* List of 7-day incidences by federal state and county see QR code:

Ja/Yes  Nein/No



**3.1 Wenn Sie „Ja“ angekreuzt haben:**

If you selected „Yes“:

**Haben Sie Ihre Kernfamilie (Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Lebensgefährten, Kinder, Eltern, Geschwister, Enkel, Urenkel, Großeltern und Urgroßeltern) besucht oder waren Sie aufgrund eines geteilten Sorgerechts oder eines Umgangsrechts im Hochrisikogebiet?**

Did you visit your nuclear family (spouse, registered partner, cohabiting partner, children, parents, siblings, grandchildren, great-grandchildren, grandparents and great-grandparents) or were you in the high-risk area due to shared custody or access rights?

Ja/Yes  Nein/No

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Corona-Präventionsmaßnahmen auf dem Wertfengelände einhalte. Ich weiß, dass ich die aktuellen Präventionsmaßnahmen über die Internetseite der MEYER 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 MEYER 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 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.

**Datum und Unterschrift**

(Date and Signature) .....

**Datenschutzhinweis /Data protection statement:**

Siehe [www.meyerwerft.de](http://www.meyerwerft.de) oder verwenden Sie den nebenstehenden QR-Code.  
Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten (E-mail: [privacy@meyerwerft.de](mailto:privacy@meyerwerft.de))  
Visit [www.meyerwerft.de](http://www.meyerwerft.de) or use the QR-code.  
For questions please contact our data protection officer ( E-Mail: [privacy@meyerwerft.de](mailto:privacy@meyerwerft.de))

