

Det måste fyllas i ett hälsoformulär vid inresa till Sydafrika. Länken finns överst på sidan. Skriv ut sidan och fyll i uppgifterna

<https://www.airports.co.za/Documents/ENTRY%20SCREENING%20THQ.pdf>



Telefonnummer i Sydafrika

Fullständigt Namn

TRAVELLER HEALTH QUESTIONNAIRE- ENTRY SCREENING	
Traveller details	
Name and Surname	
Date of Birth	
Nationality	
City and Country travelling from	
Passport No. for non-RSA Citizens / ID No.	
Date of Arrival in South Africa	
Flight/Vessel/Bus/ Vehicle Number	
Seat Number	
Did you change seat during the trip? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	New Seat number _____
Telephone Number while in South Africa	
Other Contact Number /WhatsApp Number	
Email Address	
Physical Address in South Africa (if multiple destinations please include other addresses on the back of this form)	
List Countries you have travelled to in the past 14 days	
Are you travelling in a group? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Number in a group: _____

Födelsedatum

Nationalitet

Ankomstdatum till Sydafrika

Nytt flygstolsnummer

Telefonnummer i Sydafrika

Mejladress

Din adress i Sydafrika, om du ska bo på flera ställen, kan de skrivas på baksidan

Reser du i en grupp – **Yes/Ja** eller **No/Nej**

Antal resenärer på din bokning

Stad och land du reser från

Passnummer

Flygnummer

Flygstolsnummer

Har du ändrat säte/ flygstol under resan – **Yes/Ja** eller **No/Nej**

Andra kontaktnummer

Länder du har besökt, de senaste 14 dagarna

Har du deltagit i ett internationellt arrangemang, de senaste 14 dagarna.
Yes/Ja eller **No/Nej**

Har du varit i kontakt med en smittad Covid-19 person?
Yes/Ja, No/Nej eller, **Don't know/Vet inte**

Har du haft feber, de senaste 14 dagarna.
Yes/Ja eller **No/Nej**

If the traveller answers yes to any of the following questions please notify Port Health authorities immediately		
Have you been in contact with a confirmed or suspected case of COVID-19?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know
Have you been to any international event in the last 14 days?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Have you had fever in the last 14 days?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Have you had cough in the last 14 days?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Have you had difficulty breathing in the last 14 days?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
All sections are compulsory and should be completed		
I, _____ herewith certify that the above information is true and correct		
Signature of traveller: _____ Date _____		

Har du haft andningsbesvär de senaste 14 dagarna

Har du hostat, de senaste 14 dagarna.
Yes/Ja eller **No/Nej**

Skriv ditt namn, för att intyga, att de lämnade uppgifterna är korrekta

Key Contact Information: NDOH website: www.health.gov.za NICD website: www.nicd.ac.za

This document is to be handed to Port Health Official

To be Completed by Port Health Officer:

Point of Entry: _____

Traveller Temperature: _____

Date Traveller Arrived in the Country: _____

Port Health Official: (Name and Signature) _____

Underskrift och datum