

## PATIENTENFRAGEBOGEN ZU SARS-COV-2 (COVID-19)

Aufgrund der aktuellen Situation der COVID-19-Pandemie müssen wir Ihnen/Dir vor dem anstehenden Termin in unserer Praxis ein paar Fragen stellen. Wir entscheiden dann gemeinsam, ob eine Behandlung stattfinden kann oder der Termin zu einem späteren Zeitpunkt wahrgenommen werden muss. Natürlich finden die Verlaufskontrollen unter Einhaltung **erhöhter hygienischer Schutzvorkehrungen** statt.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Bitte beantworte/n Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem/Deinem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden **streng vertraulich** behandelt.

1. Waren Sie/ Warst Du in den letzten 14 Tagen in einem **Risikogebiet** nach RKI? Ja  Nein
2. Hatten Sie/Hattest Du **Kontakt** (länger als 15 Minuten, näher als 2 Meter) zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person? Ja  Nein
3. Sind Sie/Bist Du **erkrankt**? Ja  Nein

Wenn ja, seit wann \_\_\_\_\_

Wenn ja, an was  Halsschmerzen  Husten   
 Fieber  Durchfall   
 Atemnot  Verlust von Geschmacks- und Geruchssinn

4. Haben Sie sich/Hast Du Dich in den letzten 14 Tagen auf COVID-19 **testen** lassen? Ja  Nein

Falls ja: Ergebnis:  Positiv  Negativ

### WICHTIG:

**Komme/n Sie bei Symptomen, im Verdachtsfall oder mit einer bestätigten Covid-19 Erkrankung NICHT IN DIE PRAXIS! In diesen Fällen setze Dich/setzen Sie sich bitte zunächst telefonisch mit uns in Verbindung.**

Ort, Datum

Unterschrift