

## Sehr geehrte Patientinnen! Sehr geehrte Patienten!

Aufgrund der aktuellen Gefährdungslage durch das Coronavirus (Covid-19) haben Sie auf Basis einer telefonischen Vorab-Anmeldung einen Termin erhalten. Dabei erfolgte ein Gespräch zu Ihrer Diagnose und den bestehenden Symptomen. Aufgrund der aktuellen Gefährdungslage durch das Coronavirus (Covid-19) werden Sie gebeten, nunmehr vor Eintritt in die Praxis folgende Fragen zu Ihrem *tagesaktuellen* Gesundheitszustand zu beantworten.

### Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen Symptome wie

Husten	Ja ( )	Nein ( )
Fieber	Ja ( )	Nein ( )
Halsweh	Ja ( )	Nein ( )
Schnupfen	Ja ( )	Nein ( )
Atembeschwerden	Ja ( )	Nein ( )

### Hatten Sie in den letzten 14 Tagen engen Kontakt mit einem bestätigten oder wahrscheinlichen COVID-19-Fall

- ( ) Ja  
( ) Nein

### Arbeiten Sie in einer Gesundheitseinrichtung, in der PatientInnen mit COVID-19-Infektionen behandelt werden?

- ( ) Ja  
( ) Nein

Hiermit bestätige ich, \_\_\_\_\_ geboren  
am \_\_\_\_\_, (bei Minderjährigen durch erziehungsberechtigte Person)

dass ich mich dazu verpflichte, im Falle des Auftretens von Symptomen und/oder einer bestätigten Infektion mit dem COVID-19 Virus während der kommenden 4 Wochen (*bzw. während eines etwaig längeren voraussichtlichen Behandlungszeitraumes*) ohne Aufschub (jedenfalls vor einem Behandlungstermin) telefonisch/postalisch darüber zu informieren.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_