

# Corona / Covid-19 Fragebogen

Liebe Patienten,

wir möchten die zahnärztliche Versorgung in dieser für alle sehr schwierigen Zeit sicherstellen und im Rahmen der Covid-19 Pandemie bestimmte Schutzmaßnahmen im Sinne des Arbeitnehmerschutzes als auch zum Schutz unserer Patienten sicherstellen. Um das Risiko abzuwägen, dass Sie von einer Coronavirus-Infektion betroffen sind, bitten wir Sie daher folgende Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten und diesen Fragebogen an folgende E-Mail-Adresse zu senden:

- .....
- ❖ Haben / oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen Fieber?  Ja  Nein
  - ❖ Haben / oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen Husten?  Ja  Nein
  - ❖ Haben / oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen Halsschmerzen?  Ja  Nein
  - ❖ Haben / oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kurzatmigkeit oder ein Druckgefühl beim Atmen?  Ja  Nein

Wenn eine der oberen 3 Fragen mit Ja beantwortet wurden bitten wir Sie Ihren Hausarzt oder die Hotline 1450 zu kontaktieren. Bitte kommen Sie nicht in unsere Ordination!

- ❖ Haben Sie in den letzten Tagen Geschmacksveränderungen wahrgenommen?  Ja  Nein
- ❖ Sind Sie in den letzten 14 Tagen positiv auf SARS-Cov-2 getestet worden?  Ja  Nein
- ❖ Hatten Sie in den letzten 14 engeren Kontakt mit einer Person, die mit dem Coronavirus (COVID-19, SARA-CoV-2) möglicherweise oder sicher (Test positiv) infiziert war bzw. noch ist?  Ja  Nein
- ❖ Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Corona Risiko/Hochrisikogebiet?  Ja  Nein
- ❖ Befinden bzw. befanden Sie sich in den letzten Tagen in Quarantäne oder angeordneter „Selbstbeobachtung“ (mit oder OHNE behördlichen Bescheid)?  Ja  Nein
- ❖ Ich bin in den letzten 14 Tagen 2 x negativ auf SARS-CoV-2 getestet worden.  Ja  Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihr Verständnis!

.....  
Name

.....  
Unterschrift/Erziehungsberechtigter

.....  
Geburtsdatum

.....  
Datum