

# Patientenfragebogen zu COVID-19

Liebe Patientin, lieber Patient!

aufgrund des aktuellen Ausbruchgeschehens mit COVID-19 in Europa, müssen wir unsere Patienten und Mitarbeiter bestmöglich schützen. Daher bitten wir Sie die folgenden Fragen zu beantworten. Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

## Daten zu Ihrer Person

Name .....

Geburtsdatum .....

**1. Haben Sie Erkältungsbeschwerden**

(Husten, Halsschmerzen, Schnupfen, Fieber etc.) Durchfall, Geschmacks- und Geruchsverlust?

ja

nein

**2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person, bei der eine Corona-Erkrankung festgestellt wurde?**

ja

nein

**3. Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet (außerhalb Deutschlands) aufgehalten oder kommen Sie aus einem Risikogebiet (außerhalb Deutschlands)?**

ja

nein

**4. Sind Sie:**

vollständig geimpft gegen Covid 19 und der vollständige Impfschutz besteht länger als 14 Tage?

ein Mal geimpft?

Zweite Impfung geplant am .....

geboostert?

Booster-Impfung geplant am .....

von Covid 19 genesen?

**Wir bitten Sie, unsere Praxis nur zu betreten, wenn die Fragen 1-3 alle mit NEIN beantwortet werden können.** Dies gilt für heute und alle künftigen Besuche.

**Sollte eine Frage mit JA beantwortet werden, bitten wir Sie unsere Praxis sofort zu verlassen** oder, wenn dies vor einem Behandlungstermin der Fall ist, nicht zu erscheinen und den Termin abzusagen.

Wir bitten Sie um Ihr Verständnis, dass wir zum Schutz von Ihnen, unserer Patienten und unseres Personals bei Zuwiderhandlung Therapien abbrechen und ggf. entsprechende Maßnahmen einleiten müssen.

Wir bitten Sie um Ihr Verständnis und wünschen Ihnen weiterhin alles Gute und viel Gesundheit!

Ihr Viasana-Team

.....  
Speyer, den (Datum)

.....  
Unterschrift