

Patientenfragebogen zu COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum:* _____

Adresse: _____ Tel.: _____

Hatten Sie Kontakt (länger als 15 Minuten, enger als 2 Meter) zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person?

- Nein
 Ja

Haben Sie sich in den vergangenen 14 Tagen in einem Risiko-Gebiet aufgehalten?

- Nein
 Ja, ich war in _____

Sind Sie erkrankt?

- Nein
 Ja, an: Halsschmerzen Husten Fieber
 Schnupfen Luftnot Geschmack- u. Geruchlosigkeit

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen auf COVID-19 testen lassen?

- Nein
 Ja, Testergebnis: _____

Trifft einer bzw. mehrere dieser Risikofaktoren auf Sie zu?

- *älter als 60 Jahre
 Herz-Vorerkrankungen
 Lungen-Vorerkrankungen (z.B., Asthma, chronische Bronchitis)
 Chronische Lebererkrankungen
 Diabetes
 Onkologischer Patient (Chemotherapie)
 Immunsupprimierter Patient (bedingt durch Erkrankungen oder Therapie)

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Sobald es im Laufe der gesamten Behandlungszeit zu Änderungen kommt, werde ich dies der Zahnarztpraxis umgehend mitteilen.

Ort/Datum

Unterschrift:

* gekennzeichnete Felder sind keine Pflichtangaben