

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

wegen der aktuellen Situation der COVID-19-Pandemie, müssen wir 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: _____ geb.: _____._____._____

Adresse: _____ Tel.: _____

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

✳ **Warst Du in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet nach RKI?**

Nein Ja

✳ **Hattest Du Kontakt (länger als 15 Minuten, näher als 2 Meter) zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person?**

Nein Ja

✳ **Bist Du erkrankt?**

Nein Ja und zwar an: Halsschmerzen Husten Fieber
 Durchfall Luftnot
 Verlust von Geschmacks- und Geruchssinn
 Falls ja seit wann? _____._____._____

✳ **Hast Du Dich in den letzten 14 Tagen auf COVID-19 testen lassen?**

Nein Falls ja: Ergebnis: negativ positiv

✳ **Gibt es bei Dir mindestens einen dieser Risikofaktoren?**

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

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Vielen Dank!

_____._____._____
(Ort) (Datum)

Unterschrift: _____
(Sorgeberechtigte/r)