Praxis:

Liebe Patienten,

|  |
| --- |
| bitte beantworten Sie uns bitte vor der Behandlung vorab folgende Fragen:  Dies dient sowohl zu Ihrer, als auch unserer Sicherheit |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | JA | Nein |
| Haben Sie hohes Fieber oder Husten? |  |  |
| Hatten Sie Kontakt mit Personen, bei denen der Verdacht auf Corona besteht oder das Virus in einem Test nachgewiesen wurde? |  |  |
| Haben Sie sich in einem Risikogebiet aufgehalten? |  |  |
| Haben Sie derzeit Beschwerden? |  |  |
| Wurden Sie bereits auf eine Corona-Infektion getestet? |  |  |

Datum:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Unterschrift: