

Wir bitten Sie vor Ihrem Aufenthalt in unserer Praxis die folgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten:

Frage 1:

Haben Sie oder jemand in Ihrem Haushalt aktuell eines der Krankheitssymptome wie Geschmacksverlust Fieber, Husten oder Atemnot?

Ja

Nein

Frage 2:

Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem bestätigten Fall mit dem Corona Virus, oder liegt bei Ihnen aktuell eine bestätigte Coronavirus Infektion vor?

Ja

Nein

Frage 3:

Sind Sie bereits gegen das Corona Virus geimpft?

Nein

Einmal

Doppelt

Frage 4:

Haben Sie bereits eine Corona-Virus Infektion durchgemacht?

Ja, Datum:

Nein, nicht bekannt

Name: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____