

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: _____