

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: \_\_\_\_\_