

Department Zahnheilkunde

Dr.Udo Reichert | Dr.Peter Brauckmann

Selbstauskunft zu einer möglichen Infektion mit dem Corona-Virus (Sars-CoV-2/COVID-19) für Patienten und Begleitpersonen

(Name, Vorname)

(Anschrift, Telefon)

Ich erkläre hiermit, dass ich

- | | Ja | nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| - mich grippekrank fühle (Fieber, Husten, Schüttelfrost usw.). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - innerhalb der letzten 14 Tagen aus einem Corona-Risikogebiet zurückgekehrt bin. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Kontakt zu einer positiv auf das Corona-Virus getesteten Person gehabt habe. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - glaube, mich infiziert zu haben. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Sollten Sie eine oder mehrere Fragen mit „ja“ beantwortet haben, betreten Sie nicht die Praxis!

Kronshagen, den _____

(Unterschrift)