

# Patientenfragebogen zu COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum:\* \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie Kontakt (länger als 15 Minuten, enger als 2 Meter) zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person?**

☐ Nein

☐ Ja

**Sind Sie erkrankt?**

☐ Nein

☐ Ja, an:

☐ Halsschmerzen

☐ Husten

☐ Fieber

☐ Schnupfen

☐ Luftnot

☐ Geschmacks- u. Geruchlosigkeit

**Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen auf COVID-19 testen lassen?**

☐ Nein

☐ Ja, Testergebnis: \_\_\_\_\_ Datum des Tests: \_\_\_\_\_

Grund für die Testung: \_\_\_\_\_

**Trifft einer bzw. mehrere dieser Risikofaktoren auf Sie zu?**

☐ \*älter als 60 Jahre

☐ Herz-Vorerkrankungen

☐ Lungen-Vorerkrankungen (z.B., Asthma, chronische Bronchitis)

☐ Chronische Lebererkrankungen

☐ Diabetes

☐ Onkologischer Patient (Chemotherapie)

☐ Immunsupprimierter Patient (bedingt durch Erkrankungen oder Therapie)

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Sobald es im Laufe der gesamten Behandlungszeit zu Änderungen kommt, werde ich dies der Zahnarztpraxis umgehend mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift:

\* gekennzeichnete Felder sind keine Pflichtangaben