

# 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