

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

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

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

**Befinden Sie sich oder im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige aktuell in einer vom Gesundheitsamt angeordneten Quarantäne?**

- Nein
- Ja, ich selbst im folgenden Zeitraum: \_\_\_\_\_
- Ja, ein Angehöriger im folgenden Zeitraum: \_\_\_\_\_

**Sind Sie erkrankt?**

- Nein
- Ja, an:  Halsschmerzen  Husten  Fieber  
 Schnupfen  Luftnot  Geschmacks- u. Geruchsverlust

**Welche Angaben treffen auf Sie zu?**

- Vollständig gegen COVID-19 geimpft (letzte Impfung liegt länger als 14 Tage zurück)
- Genesen von COVID-19 Erkrankungszeitraum (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_
- Negativ getestet Datum: \_\_\_\_\_ Durchgeführt von: \_\_\_\_\_
- Positiv getestet Datum: \_\_\_\_\_ Durchgeführt von: \_\_\_\_\_

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

- Herz-Kreislaufkrankungen
- Erkrankungen des Atmungssystems (z. B. Asthma, chronische Bronchitis)
- Erkrankungen der Leber oder der Niere
- Diabetes
- Onkologischer Patient (in Chemotherapie)
- Immunsupprimierter Patient (bedingt durch Erkrankungen oder Therapie)

Alle Angaben sind freiwillig. Ich versichere deren Richtigkeit. Sobald es im Laufe der gesamten Behandlungszeit zu Änderungen kommt, werde ich dies der Zahnarztpraxis umgehend mitteilen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient