

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