

Sehr geehrte Patientinnen! Sehr geehrte Patienten!

Aufgrund der aktuellen Gefährdungslage durch das Coronavirus (Covid-19) haben Sie auf Basis einer telefonischen Vorab-Anmeldung einen Termin erhalten. Dabei erfolgte ein Gespräch zu Ihrer Diagnose und den bestehenden Symptomen. Aufgrund der aktuellen Gefährdungslage durch das Coronavirus (Covid-19) werden Sie gebeten, nunmehr vor Eintritt in die Praxis folgende Fragen zu Ihrem tagesaktuellen Gesundheitszustand zu beantworten.

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen Symptome wie

Husten	Ja ()	Nein ()
Fieber	Ja ()	Nein ()
Halsweh	Ja ()	Nein ()
Schnupfen	Ja ()	Nein ()
Atembeschwerden	Ja ()	Nein ()
Plötzlicher Verlust des Geschmacks- bzw. Geruchssinns	Ja ()	Nein ()

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen engen Kontakt mit einem bestätigten oder wahrscheinlichen COVID-19-Fall

Ja Nein

Arbeiten Sie in einer Gesundheitseinrichtung, in der PatientInnen mit COVID-19-Infektionen behandelt werden?

Ja Nein

Hiermit bestätige ich, _____ geboren am _____, (bei Minderjährigen durch erziehungsberechtigte Person)

dass ich mich dazu verpflichte, im Falle des Auftretens von Symptomen und/oder einer bestätigten Infektion mit dem COVID-19 Virus während der kommenden 4 Wochen bzw. während eines etwaig längeren voraussichtlichen Behandlungszeitraumes ohne Aufschub jedenfalls auch vor einem Behandlungstermin telefonisch/postalisch darüber zu informieren. Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich mich der möglichen Gefahr einer Ansteckung vor und während der physiotherapeutischen/ osteopathischen Behandlung aussetze und nehme die möglichen Folgen in Kauf. Es ist mir bewusst, dass ich mich selbst mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 anstecken könnte und in Folge die Möglichkeit besteht, weitere Personen in meinem Umfeld damit anzustecken.

Datum: _____

Unterschrift: _____