



Sehr geehrte Patienten/innen!

Als Teil unserer internen Sicherheitsmaßnahmen zu Vermeidung der Ausbreitung des Corona-Virus (SARS-COV-2) bitten wir Sie, dieses Formular auszufüllen.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Ihr Verständnis.

Name _____

Vorname _____

Telefon _____

Geb.datum _____

Weisen Sie grippeähnliche Symptome wie Fieber, Atembeschwerden oder Husten auf?

Ja

Nein

Standen Sie mit einer Corona-Viruserkrankten Person in Kontakt in den letzten 14 Tagen?

Ja

Nein

Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tagen mit einer Person in Kontakt, die sich in Quarantäne befindet oder sich befunden hat?

Ja

Nein

Sind Sie gegen Covid geimpft oder genesen (letzten 6 Monaten)?

Ja

Nein

Datum _____

Unterschrift _____