

Liebe Eltern, liebe Patienten

Aufgrund der Corona-Pandemie sind wir verpflichtet, zu Ihrem Schutz und zum Schutz unseres Praxispersonals, folgende Anamnese zu erheben. Wir würden Sie bitten, die Angaben vollständig auszufüllen.

Patient Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Datum des Praxisbesuchs: _____

Leiden Sie (volljährige Patienten) oder Ihr Kind derzeit unter einem der folgenden Symptome?

- Husten ja nein
Fieber/Schüttelfrost ja nein
Halsschmerzen ja nein
Schnupfen ja nein
Atemnot ja nein
Kopf- und Gliederschmerzen ja nein
Geschmacksverlust ja nein
Durchfall/Erbrechen ja nein

Haben Sie (volljährige Patienten) oder Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen durchgemacht oder stehen Sie/Ihr Kind wegen der Folgen dieser Krankheit noch in ärztlicher Behandlung oder Überwachung?

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen ja nein
Asthma/chronische Atemwegserkrankung ja nein
Diabetes ja nein
Zählen Sie/Ihr Kind aus anderen Gründen zu den Corona-Risikopatienten? ja nein
Ist jemand im gleichen Haushalt krank? ja nein
Hatten Sie/Ihr Kind in den letzten 2 Wochen Kontakt mit einer Corona-positiv-getesteten Person oder wurden Sie selbst/Ihr Kind Corona-positiv getestet? ja nein

Sonstige Bemerkungen: _____

Körpertemperatur bei Praxiseintritt (wird vom Praxispersonal ausgefüllt): _____ °C

Datum: _____

Unterschrift: _____

Wir danken für Ihr Verständnis und freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Dr. med. dent. Barbara Gretener