

Fragebogen zur Risikoeinschätzung



DR. ALEXANDER
BREUER &
PARTNER
ZAHNÄRZTE

| | | |
|-----------------------|-------------------------|------------|
| Patient/in | _____ Vorname/Name | geb. _____ |
| Mitglied/Versicherter | _____ Vorname/Name | geb. _____ |
| | _____ Straße/PLZ/Ort | |

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bitten Sie, diesen Fragebogen zur Risikoeinschätzung **VOR** jeder Behandlung gewissenhaft auszufüllen und Zutreffendes anzukreuzen.

Sind Sie kürzlich verreist?

Ja Nein

Hatten Sie mit einem bestätigten Corona-Patienten Kontakt?

Ja Nein

Hatten Sie Kontakt mit einer Person, bei der Corona-Verdacht besteht?

Ja Nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber?

Ja Nein

Haben Sie relevante Krankheitssymptome? (trockener Husten, Kurzatmigkeit...)

Ja Nein

Erklärung:

Ich habe den Fragebogen nach besten Wissen und Gewissen ausgefüllt. Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)