



Selbstdeklaration des Gesundheitszustandes

Gestützt auf das Hygienekonzept der Praxisgemeinschaft Dres. Meier - Zahnärzte AG muss jede Person, die als Patient unsere Praxis betritt, eine Selbstdeklaration seines Gesundheitszustandes wahrheitsgetreu ausfüllen und unterschreiben.

Die Praxisverantwortlichen weisen darauf hin, dass die Unterschreitung des erforderlichen Abstands von zwei Metern ein erhöhtes Infektionsrisiko darstellt. Zwecks eines effizienten Contact Tracings können die Daten bei Bedarf an die zuständige Behörde weitergegeben werden, welche eine Quarantäne anordnen kann. Die Kontaktdaten werden vertraulich behandelt und nach 14 Tagen vernichtet und gelöscht.

Ohne Selbstdeklaration wird der Zutritt in die Praxis verweigert.

Name:
Vorname:
Wohnort (PLZ und Ort):
Mobile:

Gesundheits-Checkliste zum Coronavirus

Gesundheitszustand in den vergangenen 14 Tagen (bitte ankreuzen)	J	N
a) Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen Krankheitssymptome wie Husten, Fieber, andere Symptome der oberen Atemwege oder Geruchs- oder Geschmacksverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hat jemand, mit dem Sie zusammenleben oder engen Kontakt haben in den vergangenen 10 Tagen eines dieser Krankheitssymptome gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Hatte eine Person, zu welcher Sie intimen Kontakt pflegen (z.B. Umarmung, Küssen) in den nächsten 48 Stunden nach dem Kontakt eines dieser Krankheitssymptome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktueller Gesundheitszustand (bitte ankreuzen)								
Haben Sie jetzt oder hatten Sie in den letzten 48 Stunden eines der folgenden Symptome:								
	J	N		J	N		J	N
Husten (meist trocken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber, Fiebergefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plötzlicher Verlust des Geschmackssinns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Symptome (z.B. Durchfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plötzlicher Verlust des Geruchssinns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bindehautentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Ich erkläre hiermit, die geltenden Verhaltens- und Hygieneregeln sowie die spezifischen Anweisungen der Praxisverantwortlichen, wie Maskenpflicht, 1,5-Meter-Abstand strikte einzuhalten. Ich versichere, dass ich die obenstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und dass sie richtig und vollständig sind. Mir ist bewusst, dass eine missbräuchliche Verwendung nach nationalem Recht geahndet werden kann. Der Besuch der Praxis erfolgt auf eigene Gefahr.

Datum : _____

Unterschrift: _____