

Fragebogen

	Ja	Nein
1. Haben Sie ausgeprägte Symptome wie Fieber, Husten, Atemnot, Schnupfen, Abgeschlagenheit, Halskratzen, Kopf- und Gliederschmerzen, Schüttelfrost, Übelkeit, oder Durchfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem Covid-19 Erkrankten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem Covid-19 Verdachtsfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hatten Personen Ihrer Familie Kontakt (insbesondere Kinder) zu einem Covid-19 Erkrankten oder Verdachtsfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie beruflich Kontakt zu einem Covid-19 Erkrankten oder Verdachtsfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit bestätige ich die Korrektheit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben

Datum

Unterschrift

Als Besucher meiner Praxis erhalten Sie zur Risikominimierung zu Beginn des Termins einen Mundschutz von mir und werden gebeten, Ihre Hände mit Desinfektionsmittel zu desinfizieren. Selbstverständlich trage ich zu Ihrem Schutz ebenfalls einen Mundschutz.

Bärbel Oberdörfer-Bunjes, Ärztin

Ammerbuch, den 10.4.2020