

Selbstauskunft zu SARS-Cov2

– bitte bereits vor dem Besuch in unserer Praxis vollständig ausfüllen und sofort abgeben -

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

entsprechend der erweiterten Vorgaben des Robert-Koch-Instituts müssen alle, die eine Behandlung in Anspruch nehmen möchten, die unten genannten Fragen beantworten.

Name	Vorname	geboren am
------	---------	------------

Ich und die Erziehungsberechtigten, die in häuslicher Gemeinschaft leben, versichern hiermit:

- dass ich/wir uns in den letzten 14 Tagen **nicht** in einem vom Robert Koch-Institut definierten Risikogebiet aufgehalten haben,
- dass ich/meine Eltern in den letzten 14 Tagen nicht in einem medizinischen Berufen (Praxis, Krankenhaus, Altenheim, Pflegeheim, Zahnarztpraxis) tätig waren,
- dass ich/wir keine wissentlichen Kontakt zu einer an COVID-19 erkrankten Person hatten,
- dass innerhalb der letzten zwei Wochen kein Abstrich auf Corona Infektion bei mir/uns durchgeführt wurde und dass keine Quarantäne Maßnahmen verhängt wurden,
- dass innerhalb der letzten 14 Tage bei allen Familienmitgliedern keinerlei Symptome wie Fieber, Atemnot, Husten, Verlust von Geruchs- oder Geschmackssinn festgestellt wurden.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Ich habe verstanden, dass ich die Praxis nicht betreten darf, sofern ich bei einer oder mehreren der o.g. Fragen **nicht mit ja** antworten konnte und habe außerdem verstanden, dass wissentlich falsche Angaben eine Anzeige wegen fahrlässiger Körperverletzung nach sich ziehen können.

Ich werde mich an die Hygieneanweisungen der Praxismitarbeiterinnen halten.

Neu-Ulm, den

Patientin/Patient/Erziehungsberechtigte/r