

Patientenfragebogen zu COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)

Name: _____ Vorname: _____ Geb. *: _____

Wohnort: _____ Tel.: _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet nach RKI

- Nein
- Ja

Hatten Sie Kontakt (länger als 15 Minuten, enger als 2 Meter) zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person?

- Nein
- Ja

Sind Sie erkrankt?

- Nein
- Ja und zwar an:
 - Halsschmerzen
 - Husten
 - Fieber
 - Durchfall
 - Luftnot
 - Geschmack- und Geruchslosigkeit

Falls ja seit wann: _____

Gibt es mindestens einen dieser Risikofaktoren?

- *Alter \geq 60 Jahre
- Herz-Vorerkrankungen
- Lungen-Vorerkrankungen (z.B. Asthma, chronische Bronchitis)
- Chronische Lebererkrankungen
- Diabetes mellitus
- Onkologischer Patient (Chemotherapie)
- Immunsupprimierter Patient (bedingt durch Erkrankungen oder Therapie)

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Wir nehmen unsere Verantwortung gegenüber unseren Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern äußerst ernst. Mit umfangreichen Maßnahmen passen wir uns der derzeitigen Situation an und informieren Sie nachfolgend über aktuelle Entwicklungen:

Alle Termine und Untersuchungen werden wie vom RKI, der Bundes- und Landeszahnärztekammer sowie der KZV empfohlen unter Berücksichtigung einer personenindividuellen Risikoabschätzung gemäß den aktuellen RKI-Vorgaben weiterhin durchgeführt.

Dies gilt auch mit den aktuellen Einschränkungen. Arztbesuche sind ausdrücklich von der geltenden Ausgangssperre ausgenommen. Sie dürfen weiterhin zu uns kommen, um Ihre Untersuchungstermine wie geplant wahrzunehmen.

Sollten Sie zu einer der genannten Risikogruppen gehören, Erkältungssymptome zeigen oder einen begründeten Verdacht auf eine Covid-19 Infektion haben bitten wir Sie **nicht** ohne vorherige telefonische Rücksprache in unsere Praxis zu kommen. Wir werden dann mit Ihnen besprechen, ob die Untersuchung durchgeführt werden kann oder aber auf einen späteren Termin verschoben werden muss.

Innerhalb unserer Praxisräumlichkeiten gelten umfangreiche Schutzmaßnahmen. Bitte halten Sie sich an die Anweisungen unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

- Bitte halten Sie sich an die allgemein geltende Abstandsregelung von 1,5m.
- Bitte halten Sie Abstand an der Rezeption und im Wartezimmer.
- Bei Angabe ihrer Mobiltelefonnummer können Sie auch gerne in der näheren Umgebung der Praxis warten und wir senden Ihnen zu Ihrem Behandlungsbeginn eine kurze SMS oder rufen Sie an, damit Sie keine Wartezeit innerhalb der Praxis haben.
- Bitte bringen Sie keine Begleitpersonen zu Ihrem Termin mit (Ausnahme Pflegebedürftige und minderjährige Kinder)
- Innerhalb der Praxis steht Ihnen Händedesinfektion und wenn Sie möchten auch ein Mundschutz zur Verfügung. Bitte machen Sie Gebrauch davon.
- Wir prüfen täglich bei unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern den Gesundheitsstatus, machen tägliche Fiebermessungen und verwenden standardmäßig bei allen Patienten die Schutzausrüstung, die vom RKI bei Verdachtsfällen und bestätigten Covid-19 Fällen empfohlen wird. Dabei gehen wir über die vom RKI empfohlenen Maßnahmen hinaus, um sowohl Sie als Patient als auch unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bestmöglich zu schützen. Bitte haben Sie Verständnis dafür.
- Wir behalten uns vor bei Verdachtsfällen auch Fiebermessungen bei Patienten durchzuführen.
- Jede Behandlung bei uns erfolgt auf freiwilliger Basis. Behandlungen können auch jederzeit auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, alle Angaben wahrheitsgemäß und detailliert beantwortet zu haben und stimmen einer Behandlung zu den oben genannten Bedingungen zu.

Wir entschuldigen uns für etwaige Unannehmlichkeiten und wünschen uns, dass alle diese Zeit gesund und wohlbehalten überstehen.

....., den
(Ort/Datum)

Unterschrift: