



**Wir müssen größtmögliche Vorkehrungen zum Schutz aller Gruppenmitglieder treffen.** Vor Teilnahme an der Gruppentherapie muss daher folgende Selbstauskunft wahrheitsgemäß ausgefüllt und bei Eintreffen zur Gruppe mitgebracht werden.

*Ihre Angaben fallen unter die ärztliche Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt!!!*

*Falls Sie eine oder mehrere Fragen mit einem **fett** markiertem "ja" beantworten müssen, Können Sie an der heutigen Gruppenbehandlung leider nicht teilnehmen, und die Praxis auch bitte nicht ohne Rücksprache betreten.*

Ich bin **aktuell** mit SARS-COV-2/Covid-19 infiziert, oder als erstgradige Kontaktperson unter **Quarantäne**.  ja  nein

Ich hatte in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die mit SARS-COV-2/Covid-19 **positiv** getestet (Abstrich) wurde, oder die infektionsverdächtig (Kontaktperson einer getesteten Person ist).  ja  nein, nicht bekanntermaßen.

Ich habe in letzten 24h Halsschmerzen  ja  nein

Ich habe in letzten 24h **Fieber**,  ja  nein (falls in letzten 14 Tagen bitte anrufen s.u.)

Ich habe zur Zeit **trockenen Husten** oder hatte ihn in letzten 14 Tagen  ja  nein (falls in letzten 14 Tagen bitte anrufen, eventuell Sind sie ja bereits negativ getestet bzw. ist andere Erkrankung ursächlich)

Ich habe zur Zeit (/letzte 14 Tage) Durchfall **und** Atembeschwerden  ja  nein

Ich habe zur Zeit (14 Tage) reduzierten Geschmacks-Geruchssinn  ja  nein

-----

Ich habe zur Zeit eine laufende Nase  ja,  unklar ob Zusammenhang  nein

Ich habe zur Zeit brennende Augen  ja  unklar ob Zusammenhang  nein

Ich habe zur Zeit allergietypische Atembeschwerden (verstopfte Nase)  ja  nein

Ich habe für mich typische Allergiesymptome die **trotz** meiner gewohnten Allergiemedikation **NICHT** besser geworden sind  ja  nein

Ich habe zur Zeit folgende Atembeschwerden \_\_\_\_\_

Ich bin heute angereist aus \_\_\_\_\_

*Datum/Unterschrift*