



Vor Teilnahme an der jeweiligen Therapiestunde muss folgende Selbstauskunft wahrheitsgemäß ausgefüllt und bei Eintreffen unterschrieben mitgebracht werden.

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

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

2. Ich **hatte** in den letzten 14 Tagen direkt Kontakt (Grad 1) zu einer Person, die mit SARS-COV-2/Covid-19 **positiv getestet** wurde, oder offizielle Kontaktperson Grad 1 einer getesteten Person ist). ja nein, nicht bekanntermaßen.

3. Ich **hatte** in den letzten 14 Tagen direkt Kontakt zu einer **NOCH NICHT negativ** getesteten Person, die aber **infektionsverdächtig** ist (hat /hatte **Erkältungssymptome**) -Oder die ihrerseits mit einer POSITIV getesteten Person in letzten 2 Wochen im Kontakt war (Kontakt 2. Grades). ja nein, nicht bekanntermaßen.

Wenn 1 x fett ja,= kein Betreten der Praxis ohne (telefonische) **Rücksprache** (Klingeln an Tür und kurze Klärung mit Maske OK).

Teststatus:

MEIN letzter **Schnelltest** war am _____ Ergebnis: positiv negativ

MEIN letzter **PCR-Test** war am _____ Ergebnis: positiv negativ

Ich nutze die Corona-Warn-App regelmäßig ja nein,

Immunitätsstatus ist Praxis bereits bekannt ja (Abschnitt überspringen, weiter Rückseite)

Ich bin Cov-**geimpft** 1. ca. am _____ und 2. ca. am _____

Ich **gelte als genesen** von SARS-COV-2/Covid-19 ja nein **wann:** _____

Ich **war eventuell** mit SARS-COV-2/Covid-19 infiziert ja ca. _____ nein

Bei mir wurden **ca.am** _____ **PCR SARS-Cov19 Antikörper nachgewiesen** ja nein

Ich **war wegen Infekt** bzw. erststgradiger Kontaktperson wegen SARS-COV-2/Covid-19 in Isolierung/Quarantäne ja nein **ca. von** _____ **bis** _____

Direkt vor der Stunde auszufüllende Symptomfragen:

Ich habe zur Zeit Halsschmerzen **ja** nein

Ich habe zur Zeit **Fieber**, oder hatte es in letzten 14 Tagen **ja** nein

Ich habe zur Zeit **trockenen Husten** oder hatte ihn in letzten 14 Tagen **ja** nein

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 z.Zt. meinen typ. Raucherhusten/Asthma/COPD- der sich NICHT verschlechtert hat. ja, unklar ob Zusammenhang 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 _____

*Mir ist bekannt, dass ich, falls ich eine oder mehrere Fragen mit einem **fett** markiertem "ja" auf dieser Symptomseite angekreuzt bejahen musste, ich*

*• an der heutigen Präsenz-Sitzung bei leider nicht teilnehmen darf,
und ich die Praxis nicht ohne **telefonische** Rücksprache betreten darf.*

*.... **rechtzeitig wegen Videoalternative per email melden!***

Datum/Unterschrift

Datum/Unterschrift