

Selbstauskunft zum aktuellen Gesundheitszustand

Bitte füllen Sie das Formular **erst am Tag des Praxisbesuchs** aus!

Vorname

Name

Geburtsdatum

Frage 1

Haben Sie **mindestens eines** der folgenden Krankheitssymptome:

Fieber, Husten, Atemnot, Durchfall oder Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns?

Nein

Ja

Frage 2

Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall?

Nein

Ja

Frage 3

Waren Sie selbst an COVID-19 erkrankt und sind bereits genesen?

Nein

Ja

Wenn Ja, beantworten Sie bitte die zwei folgenden Fragen:

Liegt der Beginn dieser Erkrankung mehr als zwei Wochen zurück?

Nein

Ja

Wurden Sie bereits negativ getestet?

Nein

Ja

Frage 4

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem internationalen Risikogebiet oder besonders betroffenen Gebiet in Deutschland aufgehalten?

Nein

Ja

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben:

Datum und Uhrzeit (in Druckbuchstaben)

Unterschrift