



Vor-/Nachname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Im Rahmen der aktuellen Verbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV2 und der dadurch verursachten Erkrankung COVID-19 sind wir alle verpflichtet, das Infektionsrisiko so gering wie möglich zu halten. Wir bitten Sie deshalb, die unten stehenden Fragen vor Beginn der ersten Therapie auszufüllen.

Hatten Sie(Patient)/Ihre Angehörigen Kontakt zu einer Person, die nachweislich an COVID-19 erkrankt ist ?	Datum: _____ Nein ( ) Ja ( ), wenn ja Wer? _____ Wann? _____	Datum: _____ Nein ( ) Ja ( ), wenn ja Wer? _____ Wann? _____	Datum: _____ Nein ( ) Ja ( ), wenn ja Wer? _____ Wann? _____	Datum: _____ Nein ( ) Ja ( ), wenn ja Wer? _____ Wann? _____
Haben Sie (Patient)/Ihre Angehörigen Grippeähnliche Symptome? z.B. Husten, Atemnot, Halsschmerzen, Fieber	Nein ( ) Ja ( ), wenn ja Wer? _____ Seit wann? _____	Nein ( ) Ja ( ), wenn ja Wer? _____ Seit wann? _____	Nein ( ) Ja ( ), wenn ja Wer? _____ Seit wann? _____	Nein ( ) Ja ( ), wenn ja Wer? _____ Seit wann? _____
Waren Sie(Patient)/Ihre Angehörigen innerhalb der letzten 14 Tage außerhalb von Deutschland?	Nein ( ) Ja ( ), wenn ja Wer? _____ Wo? _____	Nein ( ) Ja ( ), wenn ja Wer? _____ Wo? _____	Nein ( ) Ja ( ), wenn ja Wer? _____ Wo? _____	Nein ( ) Ja ( ), wenn ja Wer? _____ Wo? _____
Unterschrift				

Sollten diese Angaben sich ändern, bitte wir um **umgehende telefonische** Mitteilung unter 069/970 522 93, ihr aktueller Termin bei uns entfällt, ihre Therapie wird mindestens 14 Tage später fortgesetzt.  
 Vielen Dank für ihre Unterstützung! Ihr Medipius Team Frankfurt