

# Zahnärzte

Dr. HOLGER **SEIB**

Dr. SE-WON **PFEIFFER**

NICOLE **MÜLLER**

## Infektionsschutzfragebogen

Patient Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

1. Haben Sie

- |               |    |                       |      |                       |
|---------------|----|-----------------------|------|-----------------------|
| a. Husten     | ja | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> |
| b. Schnupfen  | ja | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> |
| c. Heiserkeit | ja | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> |

2. Hatten Sie in den vergangenen 6 Tagen grippeähnliche Symptome mit Fieber ?

ja  nein

3. Sind Sie

- |             |                       |
|-------------|-----------------------|
| a. geimpft  | <input type="radio"/> |
| b. genesen  | <input type="radio"/> |
| c. getestet | <input type="radio"/> |

Wenn ja, wann .....

4. Hatten Sie die letzten 6 Tage Kontakt zu Personen, die sich wegen eines Verdachtes auf Coronainfektion in Quarantäne befanden oder noch befinden?

Nein

Ja

Ich versichere die wahrheitsgemäße Beantwortung dieser Fragen und bin mir möglicher rechtlicher Folgen einer nicht wahrheitsgemäßen Beantwortung dieser Fragen bewusst.

.....

Datum / Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigte