

**Gesundheitszentrum Viasana**

**Diakonissenstr. 29  
67346 Speyer  
Fon: 06232/ 6993970  
praxis@viasana-speyer.de**

## Patientenfragebogen zu COVID-19

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

aufgrund des aktuellen Ausbruchgeschehens mit COVID-19 in Europa, müssen wir unsere Patienten und Mitarbeiter bestmöglich schützen. Daher bitten wir Sie die folgenden Fragen zu beantworten. Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

1. Haben Sie Erkältungsbeschwerden(Husten, Halsschmerzen, Schnupfen, Fieber etc.)Durchfall, Geschmacks-und Geruchsverlust?

ja  nein

2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer Person, bei der eine Corona-Erkrankung festgestellt wurde?

ja  nein

3. Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet (außerhalb Deutschlands) aufgehalten/kommen Sie aus einen Risikogebiet (außerhalb Deutschlands)?

ja  nein

4. Sind Sie:

vollständig geimpft gegen Covid 19 und der vollständige Impfschutz besteht länger als 14 Tage?

ein Mal geimpft, zweite Impfung ist geplant am: \_\_\_\_\_

von Covid 19 genesen

Wir bitten Sie ab sofort unsere Praxis heute und künftig nur noch zu betreten, wenn die Fragen 1-3, beim jeweiligen Besuch unserer Praxis immer alle mit NEIN beantwortet werden können. Sollte eine Frage mit JA beantwortet werden, bitten wir Sie unsere Praxis sofort zu verlassen oder, wenn dies vor einem Behandlungstermin der Fall ist, nicht zu erscheinen und den Termin abzusagen. Wir bitten Sie um Ihr Verständnis, dass wir zum Schutz von Ihnen, unserer Patienten und unseres Personals, bei Zuwiderhandlung, Therapien abbrechen und ggf. entsprechende Maßnahmen einleiten müssen.

Wir bitten Sie um Ihr Verständnis und wünschen Ihnen weiterhin alles Gute und viel Gesundheit!

Ihr Viasana-Team

Datum:

Unterschrift:

