

**Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!**

Aufgrund der aktuellen Verbreitung des Coronavirus (Covid-19) werden Sie gebeten vor Beginn der Therapie folgende Fragen zu ihrem *tagesaktuellen* Gesundheitszustand zu beantworten:

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen folgende Symptome?

Husten	Ja ( <input type="checkbox"/> )	Nein ( <input type="checkbox"/> )
Fieber	Ja ( <input type="checkbox"/> )	Nein ( <input type="checkbox"/> )
Husten	Ja ( <input type="checkbox"/> )	Nein ( <input type="checkbox"/> )
Halsweh	Ja ( <input type="checkbox"/> )	Nein ( <input type="checkbox"/> )
Atembeschwerden	Ja ( <input type="checkbox"/> )	Nein ( <input type="checkbox"/> )

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen engen Kontakt mit einem wahrscheinlichen oder bestätigten Covid-19-Fall?

Ja (  )                      Nein (  )

Arbeiten Sie in einer Gesundheitseinrichtung, in der PatientInnen mit COVID-19-Infektionen behandelt werden?

Ja (  )                      Nein (  )

Hiermit bestätige ich, \_\_\_\_\_,  
 geboren am \_\_\_\_\_, dass ich mich dazu verpflichte,  
 im Falle des Auftretens von Symptomen und/oder einer bestätigten Infektion mit dem COVID-19-Virus während der kommenden 4 Wochen (*bzw. während eines etwaig längeren voraussichtlichen Behandlungszeitraumes*) ohne Aufschub (jedenfalls vor einem Behandlungstermin) telefonisch/postalisch darüber zu informieren.

Datum, Unterschrift