

# Fragebogen Dentalmed / Covid 19

Liebe Patientin,

wir möchten die zahnärztliche Versorgung in dieser für alle sehr schwierigen Zeit sicherstellen und im Rahmen der COVID 19 Pandemie bestimmte Schutzmaßnahmen im Sinne des Arbeitnehmerschutzes als auch zum Schutze unserer Patienten sicherstellen. Um das Risiko abzuwägen, dass Sie von einer Coronavirus – Infektion betroffen sind, bitten wir sie daher folgende Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten und diesen Fragebogen an [office@dentalmed.at](mailto:office@dentalmed.at) zu senden.

Haben / oder hatten Sie in den letzten 7 Tagen **Fieber**?  JA  NEIN

Haben / oder hatten Sie in den letzten 7 Tagen **Husten**?  JA  NEIN

Haben / oder hatten Sie in den letzten 7 Tagen **Halsschmerzen**?  JA  NEIN

Hatten Sie in den letzten 7 Tagen **Kurzatmigkeit oder ein Druckgefühl beim Atmen**?  JA  NEIN

**Wenn eine der oberen 3 Fragen mit Ja beantwortet wurden dann bitten wir Sie Ihren Hausarzt oder die Hotline 1450 zu kontaktieren. Bitte kommen sie nicht in unsere Ordiantion.**

Haben Sie in den letzten Tagen **Geschmacksveränderungen** wahrgenommen?  JA  NEIN

Sind sie in den letzten 14 Tagen **positiv** auf SARS-CoV-2 **getestet** worden?  JA  NEIN

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen **engeren Kontakt mit einer Person**, die mit dem Coronavirus (COVID-19, SARS-CoV-2) möglicherweise oder sicher (Test positiv) **infiziert** war bzw. noch ist?  JA  NEIN

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem **Corona Risiko/Hochrisikogebiet**  JA  NEIN

Befinden bzw. befanden Sie sich in den letzten Tagen in **Quarantäne** oder angeordneter „**Selbstbeobachtung**“ (mit oder OHNE Behördlichen Bescheid)  JA  NEIN

Ich bin in den letzten 7 Tagen 2 x negativ auf SARS-Cov-2 getestet worden.  JA  NEIN

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihr Verständnis!

Name:  Unterschrift / Erziehungsberechtigter

Geburtsdatum:  Datum: