



Information und Einverständniserklärung Covid-19

Patientin/Patient:

Erziehungsberechtigte/r:

Aufgrund der aktuellen Gefährdungslage durch Covid-19 ersuchen ich Sie, diesen Fragebogen vorab durchzulesen und gewissenhaft zu beantworten.

Gab es in den letzten 14 Tagen bei Ihnen oder Ihrem Kind Symptome wie:	JA	NEIN
Fieber		
Husten		
Halsschmerzen		
Atembeschwerden/Kurzatmigkeit		
Schnupfen		
andere Erkältungszeichen		

Umgebungsanamnese/Risikofaktoren	JA	NEIN
Hatten Sie oder Ihr Kind Kontakt zu einer Person mit oben genannten Symptomen?		
Hatten Sie und/oder Ihr Kind in den letzten 2 Wochen Kontakt zu einer Covid-19 infizierten Person?		
Hatten Sie und/oder Ihr Kind seit März einen Aufenthalt in einem Gebiet mit hoher Covid-19-Ausbreitung oder mussten Sie selbst in Quarantäne?		
Hatten Sie und/oder Ihr Kind in den letzten 2 Wochen einen Krankenhausaufenthalt? Wenn ja, warum?		
Arbeiten Sie in einer Gesundheitseinrichtung in der Patient*Innen mit Covid-19-Erkrankung behandelt werden?		

Aufgrund der oben erhobenen Ergebnisse kann es sein, dass vor Ort in der Praxis zum momentanen Zeitpunkt keine Behandlung oder eine Behandlung erst zu einem späteren Zeitpunkt durchführbar ist.

Im Falle einer Behandlung in der Praxis sind folgende Verhaltensmaßnahmen in jedem Fall einzuhalten:

- Kommen Sie bitte pünktlich bzw. termintreu zu vereinbarten Terminen.
- Nehmen Sie Termine nach Möglichkeit mit Ihrem Kind alleine (ohne weitere Begleitpersonen) wahr.
- Der Wartebereich bleibt vorerst geschlossen. Ein Warten in den Praxisräumlichkeiten ist nicht möglich.

- Legen Sie bereits außerhalb der Praxis Ihnen und ggf. Ihrem Kind einen Mund-Nasen-Schutz an.
- Läuten Sie beim Ankommen; Ihre Therapeutin holt Sie persönlich ab und klärt Sie über das weitere Vorgehen auf.
- Waschen Sie sich gemeinsam mit Ihrem Kind vor und nach der Therapie gewissenhaft die Hände.
- Während der Therapieeinheit Ihres Kindes warten Sie nach Möglichkeit bitte außerhalb der Praxisräumlichkeiten, ggf. ist auch ein Warten im Therapieraum möglich.
- Legen Sie den Mund-Nasen-Schutz erst außerhalb des Gebäudes wieder ab.
- Halten Sie in jedem Fall einen Mindestabstand von 2m zu anderen Personen in der Praxis.

Ich _____ bestätige hiermit, dass ich mich im Falle des Auftretens von Symptomen und/oder einer bestätigten Covid-19-Infektion unverzüglich mit meinem Therapeuten/meiner Therapeutin in Verbindung setze.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben. Es wird darauf hingewiesen, dass Falschangaben und/oder die Nichteinhaltung der oben beschriebenen Verhaltensmaßnahmen im Zusammenhang mit der Infektionskrankheit Covid-19, strafrechtliche Konsequenzen im Sinne des §178, 179 StGB nach sich ziehen können.

Datum:

Unterschrift: