



### Angaben gemäß § 1 Abs. 6 Nr. 2 der 5. SARS-CoV-2-EindV vom 2. Mai 2020

Der Fragebogen ist zu Beginn jeder neuen Therapiewoche von der Patientin/ dem Patienten dem Therapeuten oder einer von ihm beauftragten Person zu übergeben. Darüber hinaus sind Veränderungen hinsichtlich der unten gestellten Fragen **sofort** der Praxis Stroth anzuzeigen.

Vor- und Familienname: \_\_\_\_\_

Aktuelle Adresse: \_\_\_\_\_

hat erkennbare Symptome einer COVID-19 Erkrankung oder jegliche Erkältungssymptome. Ausgenommen sind Symptome, die auf ärztlich bescheinigten chronischen Erkrankungen beruhen (Heuschnupfen und andere Allergien etc.).	Ja [ ]	Nein [ ]
hatte Kontakt zu einer Person, die in den letzten 14 Tagen aus dem Ausland zurückgekehrt ist und nach der Rückkehr den Quarantänebeschränkungen unterliegt.	Ja [ ]	Nein [ ]
hatte innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu infizierten Personen.	Ja [ ]	Nein [ ]

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der o. g. Angaben. Mir ist bewusst, dass Veränderungen o. g. Angaben sofort dem Therapeuten zu melden sind.

X

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Dieses Dokument finden sie unter:**

<https://psychotherapie-sangerhausen.de/dokumente/>