



Liebe Patientin, lieber Patient, werte Eltern oder Bezugspersonen,

die Gesundheit liegt uns am Herzen! Deshalb bitten wir Sie aufgrund der aktuellen Corona-Situation das folgende Formular auszufüllen und zu unterschreiben.

Das ausgefüllte Formular wird von uns für eine eventuelle Nachverfolgung von Infektionswegen für einen Zeitraum von vier Wochen nach ihrem Aufenthalt in unserer Praxis sicher aufbewahrt und dann sicher vernichtet.

Es wird auf Verlangen der zuständigen Gesundheitsbehörde übermittelt, falls dies zur Nachverfolgung von möglichen Infektionswegen erforderlich ist.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patient/ Patientin/ Bezugsperson (bitte in Druckbuchstaben)

Datum:

Name:

Vorname:

Hiermit versichere ich Folgendes:

- Innerhalb der letzten 14 Tage habe ich mich -der Patient, die Patientin, die Eltern/ Bezugspersonen- in keinem vom Auswärtigen Amt oder sonstigen offiziellen Stellen ausgewiesenen SARS-CoV-2-Risikogebiet befunden
- Innerhalb der letzten 14 Tage hatte ich -der Patient, die Patientin, die Eltern/ Bezugspersonen- nach meinem Wissen keinen Kontakt zu einem mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) Infizierten
- Momentan weise ich -der Patient, die Patientin, die Eltern/ Bezugspersonen- keine erkältungsähnlichen Symptome auf.

Der Patient, die Patientin soll während der Behandlung, auch bei Gruppentherapien, eine Mund-Nasen-Bedeckung tragen: **ja / nein**

- Sollten die o.g. Erklärungen sich verändern zeige ich dies unverzüglich der Praxis an

Ort, Datum Unterschrift der Patientin/des Patienten ggf.

Personensorgeberechtigte wie Eltern