

Fragebogen Risikoeinschätzung im Rahmen der Corona-Pandemie

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen zur Risikoeinschätzung vor jeder Behandlung gewissenhaft auszufüllen und Zutreffendes der Wahrheit entsprechend anzukreuzen.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Waren Sie kürzlich verreist?

JA

NEIN

Wohin/ Risikogebiet? :

Hatten Sie mit einem bestätigten

Corona-Patienten Kontakt?

JA

NEIN

Haben Sie Kontakt mit einer Person gehabt,

bei der Corona-Verdacht besteht?

JA

NEIN

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen grippeähnliche

Symptome mit Fieber?

JA

NEIN

Haben Sie relevante Krankheitssymptome wie

trockener Husten, Fieber, Kurzatmigkeit,

Geruchsverlust?

JA

NEIN

Ich wünsche, die zahnärztliche Behandlung zum jetzigen

Zeitpunkt durchführen zu lassen.

JA

NEIN

Ich habe diesen Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt und bestätige mit

meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Datum/ Unterschrift:
