



Zusatzanamnese "Corona Pandemie"

Name des Patienten

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Beim Ihnen steht eine zahnärztliche (Notfall-)Behandlung an. Um diese mit größtmöglicher Sicherheit durchführen zu können, benötigen wir nachstehende Informationen.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Hatten Sie aktuell Geschmacks- oder Geruchsbeeinträchtigungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Fieber (mehr als 37,3°C) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Husten oder Atemnot | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem der Corona Risikogebiete | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zur Corona-Infizierten oder zu Verdachtsfällen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Patienten mit Fieber oder Atmungserkrankungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Waren Sie in den letzten 14 Tagen bei Veranstaltungen, Versammlungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Körpertemperatur (berührungslos) _____ °C

Datum / Uhrzeit: _____

Unterschrift Patient