

**Schutz vor Ausbreitung des Coronavirus**  
**Zu Ihrem und zu unserem Schutz bitte ich Sie**  
**zusätzlich um die Beantwortung folgender Fragen**

Name des Patienten : .....  
geb. am: .....

**JA**      **NEIN**

**Haben Sie folgende Beschwerden?**

Grippeähnliche Symptome (Fieber, Husten Atemnot, Halsschmerzen)?         
Durchfall, Kopfschmerzen?      

**Kontakte**

Waren Sie innerhalb der letzten 14 Tage in Regionen, in denen vermehrt  
Corona-Infektionen auftreten?      

Hatten Sie persönlichen Kontakt zu einem Menschen, der am  
Coronavirus / COVID 19 erkrankt ist oder unter dem Verdacht steht?      

**Beruf**

Sind Sie beruflich im Gesundheitswesen tätig?      

**Test**

Ist bei Ihnen ein Test auf Corona-Viren gemacht worden?         
War das Ergebnis positiv?         
War das Ergebnis negativ?      

**COVID 19-Erkrankung**

Sind oder waren Sie ärztlich diagnostiziert an COVID 19 erkrankt?      

**Behördliche Maßnahmen**

Sind gegen Sie wegen einer Coronaerkrankung oder  
eines Coronaverdacht behördliche Maßnahmen verhängt worden, insbesondere

- behördliche Beschlagnahme und Zerstörung / Reinigung von  
Gegenständen, die Ihnen gehören, mit der Begründung,  
es müssten daran haftende Corona Viren vernichtet werden?
- Beobachtung durch die zuständigen Behörden?
- Vorübergehendes oder unbefristetes Berufsverbot?
- Quarantäne?

***Ich weise darauf hin, dass Sie sich u. U. strafbar machen, wenn Sie sich nach vorsätzlich oder  
fahrlässig falschen Angaben im Zusammenhang mit einer Corona-Infektion zahnärztlich behandeln  
lassen.***

Ort, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. ges. Betreuer/Vertreter)