



## Aufklärung und Einverständniserklärung Covid-19

Aufgrund der aktuellen Gefährdungslage durch Covid-19 ersuchen wir Sie, diesen Fragebogen vorab durchzulesen und gewissenhaft zu beantworten.

**Treten oder traten innerhalb der letzten 2 Wochen unten stehende Symptomen auf, teilen sie dies bitte unverzüglich Ihrem Therapeuten mit.**

- **Fieber**
- **Husten**
- **Halsschmerzen**
- **andere Erkältungszeichen**
- **Atembeschwerden/ Kurzatmigkeit**
- **Geschmacks- und/oder Geruchsstörung**
- **Kopfschmerz und/oder Schwindel**
- **Übelkeit und/oder Erbrechen**

Aufgrund der oben erhobenen Ergebnisse kann es sein, dass wir zum momentanen Zeitpunkt keine Behandlung oder eine Behandlung erst zu einem späteren Zeitpunkt durchführen können.

Im Falle einer Behandlung in der Praxis sind folgende **Verhaltensmaßnahmen** in jedem Fall einzuhalten:

- Kommen Sie bitte pünktlich bzw. termintreu zu Ihrem Termin.
- Der Wartebereich bleibt vorerst nicht zugänglich. Warten innerhalb der Praxisräumlichkeiten ist nicht möglich.
- Bringen Sie ein Leintuch/Badetuch mit und kommen Sie in jedem Fall bereits umgezogen in bequemer Kleidung.
- Legen Sie bereits außerhalb der Praxis Ihren Mund-Nasen-Schutz an.
- Läuten Sie beim Ankommen; Ihr Therapeut/Ihre Therapeutin holt Sie persönlich ab und klärt Sie über das weitere Vorgehen auf.
- Waschen Sie sich vor und nach der Therapie gewissenhaft die Hände.
- Legen Sie den Mund-Nasen-Schutz erst außerhalb des Gebäudes wieder ab.
- Halten Sie in jedem Fall einen Mindestabstand von 2m zu anderen Personen in der Praxis.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Einhaltung der oben beschriebenen Maßnahmen.

Im Falle des Auftretens von Symptomen und/oder einer bestätigten Covid-19-Infektion werde ich mich unverzüglich mit meinem Therapeuten/meiner Therapeutin in Verbindung setzen.

Name:

Datum:

Unterschrift: