

Zutrittskontrolle per Fragebogen für Patienten, Therapeuten und Besucher! DANKE 😊

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und unterschreiben diesen.

Der Fragebogen muss erneut ausgefüllt werden, wenn

! Sie die Therapie mehr als 3 Wochen unterbrochen haben oder

! im Urlaub waren oder

! im Ausland waren

- Bestehen bei Ihnen aktuell oder bestanden in den zurückliegenden 14 Tagen Anzeichen eines Infekts, mit dem neuartigen Coronavirus wie z.B. Fieber >38°, anhaltender, eher trockener Husten, Halsschmerzen, Atembeschwerden, ein Verlust von Geruchs-/Geschmackssinn, Übelkeit/Durchfall?

Ja / Nein

- Besteht bei Ihnen selbst ein Verdacht auf eine Erkrankung mit dem neuartigen Coronavirus und/oder ist diese Erkrankung auch gesichert worden?

Ja / Nein

- Besteht bei Ihren Kontaktpersonen der letzten 14 Tage ein Verdacht auf eine Erkrankung mit dem neuartigen Coronavirus und/oder ist diese Erkrankung auch gesichert worden?

Ja / Nein

- Sind Sie COVID-19 bedingt in häuslicher Quarantäne?

Ja / Nein

- Befindet sich ein Angehöriger COVID-19 bedingt in Quarantäne?

Ja / Nein

Wenn einer der obigen Fragen mit Ja beantwortet wurde müssen Sie das Betriebsgelände verlassen bzw. nicht betreten und setzen Sie sich umgehend mit Ihrem Arzt telefonisch in Verbindung.

- Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland?

Ja / Nein

Wenn ja: handelt es sich um ein von der Bundesregierung eingeteiltes Risikogebiet? **Ja / Nein**

Wenn ja: klären Sie mit Ihrem Arzt sofort ab, ob Sie zur Therapie dürfen. Erst wenn Sie die ärztliche Zustimmung haben, können Sie zur Therapie kommen.

- Sonderfall andere Ursache z.B. für Husten durch Heuschnupfen. Bitte legen Sie uns ein ärztliches Attest vor der Therapie vor. Besprechen Sie dies vor Ihrem Behandlungsbeginn mit Ihrem Therapeuten/Therapeutin.

Bitte waschen Sie gründlich vor der Therapie und dem Training Ihre Hände. Alternativ verwenden Sie das Händedesinfektionsmittel im Warteraum. Die Hände und Fingerkuppen sind damit komplett einzureiben.

In Medizinischen Einrichtungen ist Mund-Nasen-Maskenpflicht. Ausnahmen können nur Ärzte oder der behandelnde Therapeut ermöglichen. Wir behandeln Risikopatienten. Helfen Sie mit. Die Maßnahmen dienen zu Ihrem und unserem Schutz. 😊 Wir wünschen trotz der Umstände Ihnen einen angenehmen Aufenthalt.

Ort, Datum

Name des Patienten / Besuchers / Therapeut

Name in Druckbuchstaben _____