

Zusatzfragen im Zusammenhang mit Covid-19



Zahnmedizinische Praxisgemeinschaft
Schaffhausertrasse 448 CH - 8050 Zürich

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Geb.dat.

Pat-Nr:

Covid-19 Fragen

JA (X) Nein

Haben Sie seit kurzem trockenen Husten ?

Leiden Sie unter plötzlichem Verlust des Geruchs- und/oder Geschmackssinns?

Leiden Sie seit kurzem unter Atembeschwerden ?

Leiden Sie seit kurzem unter Muskelschmerzen ?

Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt mit Covid-19 positiven Personen ?

Waren Sie in den letzten 2 Wochen in Covid-19 Quarantäne ?

Sind Sie in den letzten 2 Wochen aus einem Risiko - Land zurückgekehrt ?

[\(Aktuelle Liste der Länder BAG \)](#)

Mit Ihrer Unterschrift bezeugen Sie, dass die gemachten Angaben der aktuellen Situation entsprechen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt und unterliegen dem Arztgeheimnis

Ort und Datum:

Unterschrift