

Selbstauskunft bezüglich Covid-19 sowie Verpflichtungserklärung für die Dauer einer Behandlung in der LuisenKlinik

Bitte senden Sie uns diesen Bogen umgehend ausgefüllt zurück (gerne auch per Email an n.wahl@luisenKlinik.de)

Geplante Aufnahme/ambulante Vorstellung am/bei: _____

Patient (Name, Vorname): _____ Geburtsdatum: _____

Email: _____ Tel.: _____

1. Waren Sie in den letzten 2 Wochen vor dem heutigen Termin/Aufnahmetag mit Covid 19 infiziert? Sind Sie positiv getestet worden?
Ja Nein
2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen vor dem heutigen Termin/Aufnahmetag Kontakt zu einer Person, die mit Covid 19 infiziert war?
Ja Nein
3. Haben Sie typische Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (z.B. Husten, Fieber, Schnupfen, Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns, Pneumonie)?
Ja Nein

Sofern Sie aktuell oder bis zum geplanten Aufnahmetag eine der Fragen 1-3 mit Ja beantworten, ist ein Aufenthalt/Besuch/eine Therapiesitzung in der LuisenKlinik zu unterlassen. Bitte nehmen Sie telefonisch Kontakt mit der Klinik auf unter *Tel.Nr. 07726/668-017 (Herr Wahl)*

Geben Sie an, ob Sie einen Impf- oder Genesenennachweis haben:

	Datum	Impfstoff
1. Impfung		
2. Impfung		
3. Impfung		

- Genesen (Datum des PCR-Tests: _____): Ja Nein

Ich habe dieses Schreiben sorgfältig gelesen und alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet.

Die Vereinbarung gilt für die gesamte Dauer der ambulanten oder stationären Behandlung und bei allen Besuchen.

Datum: _____ Unterschrift: _____