



KARDIOLOGIE



NUKLEARMEDIZIN

SELBSTAUSKUNFT

Das Corona-Virus stellt eine Gefahr für uns alle dar.

Wir bitten Sie vor Ihrem Aufenthalt in unserer Praxis die folgenden Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten:

	JA	NEIN
Haben Sie oder einer Ihrer Angehörigen eines der Krankheitssymptome wie Fieber, Husten oder Atemnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einem bestätigten Fall mit dem Corona Virus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet aufgehalten (Heinsberg, Italien, Tirol, Iran, China, Südkorea oder Frankreich im Elsass, Lothringen und Champagne-Ardenne)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage engen, haushaltähnlichen Kontakt zu einer Person aus einem Risikogebiet (siehe oben)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____