

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Selbstauskunft zum aktuellen Gesundheitszustand

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie bitten wir Sie, zu Ihrem und unserem Schutz die folgenden Fragen zu beantworten.

Frage 1

Haben oder hatten Sie innerhalb der vergangenen 5 Tage Symptome wie z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Beschwerden im Hals, Beeinträchtigungen des Geruchs- oder Geschmackssinnes?

Nein Ja

Frage 2

Hatten Sie innerhalb der letzten 5 Tage ungeschützten Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall?

Nein Ja

Wenn Sie mindestens eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet haben und

- ⇒ Sie vollständig geimpft oder genesen sind, entscheidet individuell die Ärztin/ der Arzt, ob der Termin fortgesetzt werden kann. Wenden Sie sich hierzu bitte an unser AMD- Team.
- ⇒ Sie nicht vollständig geimpft oder genesen sind, können wir den heutigen Termin mit Ihnen leider nicht durchführen.

Frage 3

Ist bei Ihnen aktuell behördlich eine Quarantäne angeordnet oder befinden Sie sich aktuell in einer empfohlenen häuslichen Isolation?

Nein Ja

Wenn Sie diese Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, bitten wir Sie, den AMD zu verlassen, und sodann telefonisch Kontakt mit uns aufzunehmen, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Vielen Dank!

Ihr Team des AMD