

Zahnärzte im Max-Beckmann-Haus

www.zahnarzt-frankfurt.de



Dr. Christoph Hegerl

Dr. Frank Meckbach

Dr. Karsten Ringleb

Liebe Patientin, lieber Patient. Bevor wir uns in aller Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir einige zusätzliche Angaben auf Grund der Corona-Pandemie. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Anamnesebogen Coronavirus SARS-CoV-2

Name und Vorname: GEBURTSORT:.....

Straße:

Wohnort mit Postleitzahl:

Geburtstag:..... Ihr Hausarzt:.....

Telefonnummer:

Sind Sie in den letzten Tagen (Datum: _____)

auf eine Infektion durch das Corona-Virus getestet worden?..... O Nein O Ja*.....

*bei „Ja“ War der Test positiv oder negativ?..... O Negativ O Positiv:.....

Gelten Sie als offiziell genesen von SARS-CoV-2?..... O Negativ O Ja:.....

Befinden Sie sich aktuell in häuslicher Quarantäne?..... O Nein O Ja:.....

Haben Sie Anzeichen einer Corona-Virusinfektion?..... O Nein O Ja:.....

(Atemnot, Husten, Fieber, Halsschmerzen, Abgeschlagenheit)

Hatten Sie engen Kontakt mit einem bestätigten Corona-Virus-Fall?..... O Nein O Ja:.....

Befindet sich im Haushalt (im Alten- oder Pflegeheim) eine Ihnen

bekannte Person in Quarantäne?..... O Nein O Ja:.....

Haben Sie akute Probleme beim Schmecken oder Riechen?..... O Nein O Ja:.....

Haben Sie sich in einem Risikogebiet für Corona aufgehalten?..... O Nein O Ja:.....

Leiden Sie an Herz-/ Kreislaufkrankungen?..... O Nein O Ja:.....

Leiden Sie an Immunsuppression?..... O Nein O Ja:.....

Innere Krankheiten (Diabetes, Endokarditis, Niere)?..... O Nein O Ja:.....

Erkrankungen der Atemwegsorgane?..... O Nein O Ja:.....

Haben Sie Krebserkrankungen?..... O Nein O Ja:.....

Leiden Sie an sonstigen Immunschwächekrankheiten?..... O Nein O Ja:.....

Nehmen Sie Cortison ein?..... O Nein O Ja:.....

Nehmen Sie Immunsuppressiva ein?..... O Nein O Ja:.....

Hiermit bestätige Ich, dass ich unter keiner der oben genannten Symptome leide noch in einem Corona-Risiko-Gebiet gewesen bin. Ich bin aufgeklärt, dass in der Praxis trotz der hygienischen Standards ein Restinfektionsrisiko mit dem Corona-Virus besteht.

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu. Mit den Datenschutzbestimmungen (Die Informationen zur Erhebung der personenbezogenen Daten sind in der Praxis einsehbar) bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail (info@zahnarzt-frankfurt.de) widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Datum und Unterschrift.....