

Zusatzaufklärung zum Corona-Infektionsrisiko in unserer Praxis

Name des Patienten: _____

Geb.Datum: _____

Sehr geehrte Patienten,

in dieser schwierigen Zeit, die alle Menschen und alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens betrifft, möchten wir den Praxisbetrieb verantwortungsvoll fortsetzen.

Wir möchten für Sie da sein und eine hochwertige und sichere Versorgung auf unserem Fachgebiet gewährleisten.

Dafür haben wir Bedingungen geschaffen, die dem derzeit bestehenden Infektionsrisiko begegnen.

Wir behandeln in verschiedenen Teams, die Kontakte untereinander vermeiden. Die Behandlung findet auf unterschiedlichen Ebenen des Hauses statt. Wir wahren Abstand in unseren Wartebereichen und errichten mechanische Barrieren.

Wir halten überall Möglichkeiten zur Händedesinfektion vor und ersuchen Sie, davon Gebrauch zu machen. Das Tragen einer Mund-Nasenbedeckung ist in unserem Hause für das Personal und für die Patienten Pflicht.

Trotz aller Mühen kann ein Infektionsrisiko mit dem Corona-Virus in unserer Praxis nicht vollständig ausgeschlossen werden.

Spätestens bei der Durchführung operativer Eingriffe in Ihrem Munde müssen wir das Abstandsgebot brechen und sind natürlich räumlich in unmittelbarem Kontakt zur Infektionsquelle, dem Nasen-Rachen-Raum der Patienten.

Da die Infektion mit dem Corona-Virus in den ersten Tagen symptomlos verläuft, ist hierbei theoretisch eine unbemerkte Virusübertragung vorstellbar.

Wir begegnen diesem Problem sehr bewusst und offensiv, möchten aber die Behandlung von Notfällen und gut vertretbaren Eingriffen nicht beenden.

Sie können sich gewiss sein, dass wir alles menschenmögliche tun, um verantwortungsbewusst und sicher die Krise zu überwinden.

Bei uns sind Sie auch in dieser Zeit in guten Händen.

Auf das bestehende Risiko einer Infektionsmöglichkeit möchten wir Sie ausdrücklich hinweisen und bitten um Ihre aktive Kenntnisnahme vor der Durchführung notwendiger operativer Eingriffe.

Datum: _____

Unterschrift des Patienten: _____

Bitte wenden!

Patientenfragebogen zu COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)

Name des Patienten: _____

Geb.Datum: _____

Hatten Sie Kontakt (länger als 15 Minuten, enger als 2 Meter) zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person?

Nein

Ja

Haben Sie sich in den vergangenen 14 Tagen in einem Risiko-Gebiet aufgehalten?

Nein

Ja, ich war in _____

Sind Sie erkrankt?

Nein

Ja, an: Halsschmerzen Husten Fieber

Schnupfen Luftnot Geschmack- u. Geruchlosigkeit

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen auf COVID-19 testen lassen?

Nein

Ja, Testergebnis: _____

Trifft einer bzw. mehrere dieser Risikofaktoren auf Sie zu?

*älter als 60 Jahre

Herz-Vorerkrankungen

Lungen-Vorerkrankungen (z.B., Asthma, chronische Bronchitis)

Chronische Lebererkrankungen

Diabetes

Onkologischer Patient (Chemotherapie)

Immunsupprimierter Patient (bedingt durch Erkrankungen oder Therapie)

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Sobald es im Laufe der gesamten Behandlungszeit zu Änderungen kommt, werde ich dies meinem Behandler umgehend mitteilen.

Datum: _____

Unterschrift des Patienten: _____

* gekennzeichnete Felder sind keine Pflichtangaben