



Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen! Deshalb bitten wir Sie aufgrund der aktuellen Corona-Situation das folgende Formular auszufüllen und zu unterschreiben.

Das ausgefüllte Formular wird von uns für eine eventuelle Nachverfolgung von Infektionswegen für einen Zeitraum von **vier Wochen** nach ihrem Aufenthalt in unserer Praxis sicher aufbewahrt und dann sicher vernichtet. Es wird auf Verlangen der zuständigen Gesundheitsbehörde übermittelt, falls dies zur Nachverfolgung von möglichen Infektionswegen erforderlich ist.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

---

Name, Vorname der Patientin/des Patienten (bitte in Druckbuchstaben)

Hiermit versichere ich Folgendes:

- Innerhalb der letzten 14 Tage habe ich mich in **keinem** vom Auswärtigen Amt ausgewiesenen SARS-CoV-2-Risikogebiet befunden.
- Innerhalb der letzten 14 Tage hatte ich nach meinem Wissen **keinen** Kontakt zu einem mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) Infizierten.
- Momentan weise ich **keine** erkältungsähnlichen Symptome auf.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Patientin/des Patienten