



**HAUKE HELLRIEGEL**  
BIOLOGISCHE ZAHNMEDIZIN

## ANAMNESEBOGEN // CORONA

Liebe Patienten,

aufgrund der derzeitigen Corona-Pandemie möchten wir Sie bitten folgenden Fragebogen auszufüllen. Wir danken Ihnen für Ihre Zusammenarbeit.

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

### ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN:

.....  
Ich habe Erkältungssymptome  ja  nein  Welche?

.....  
Ich bin positiv auf Covid-19 getestet  ja  nein  Wann?

.....  
Ich war in den letzte 3 Wochen in einem Risikogebiet?  ja  nein  Wann und wo?

.....  
Ich hatte in den letzten 3 Wochen Kontakt zu einer Person,

die auf Covid-19 positiv getestet wurde?  ja  nein

in einem Risikogebiet war?  ja  nein  Wann?

.....  
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter