

Name

Vorname

Geburtsdatum

	Ja	Nein
Haben Sie Beschwerden wie trockenen Husten oder Atembeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten zwei Wochen Kontakt mit bestätigt COVID-19 positiven oder sich heute in Quarantäne befindenden Personen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an:		
- Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Chronische Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Erkrankungen, die das Immunsystem schwächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die vor der Praxisräumlichkeit gemessene Körpertemperatur beträgt: _____

Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Datum: _____ Unterschrift : _____