Selbstauskunft zu Hinweisen auf eine Covid 19 Infektion sowie dem Aufenthalt in Risikogebieten sowie Verpflichtungserklärung für die Dauer einer Behandlung in der Luisenklinik

Geplante Aufnahme / Beginn ambulante Therapie / Besuch am: _____

Abteilung: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Email: _____ Tel.: _____

1. Waren Sie in den letzten 4 Wochen vor dem heutigen Termin mit Covid 19 infiziert oder bestand ein nicht widerlegter Verdacht einer solchen Infektion? Sind Sie positiv getestet worden?

   Ja O Nein O

Bemerkung: _____

2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen vor dem heutigen Termin Kontakt zu einer Person, die mit Covid 19 infiziert war oder bei der ein nicht widerlegter Verdacht bestand?

   Ja O Nein O

3. Haben Sie sich innerhalb der letzten 2 Wochen vor dem heutigen Termin in einem der zu diesem Zeitpunkt bekannten Risikogebiete aufgehalten?

   Ja, wo genau: Nein O

4. Besteht oder bestand eine erhöhte Temperatur (>37,5 ° Celsius) bei Ihnen?

   Ja O Nein O

5. Haben Sie aktuell Beschwerden der Luftwege (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Luftnot…), Kopf-, Gliederschmerzen oder eine Beeinträchtigung des Geruchs- und Geschmacksempfindens?

   Ja O Nein O

Sofern Sie aktuell oder bis zum geplanten Aufnahmetermin eine der Fragen 1-5 mit Ja beantworten, ist ein Aufenthalt/Besuch/eine Therapiesitzung in der Luisenklinik zu unterlassen. Bitte nehmen Sie telefonisch Kontakt mit der Klinik auf unter

Tagesklinik Radolfzell Tel: 07732/30276-0

Ich habe dieses Schreiben sorgfältig gelesen und alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet.

Die Vereinbarung gilt für die gesamte Dauer der ambulanten oder stationären Behandlung und bei allen Besuchen. Sollten Sie im weiteren Verlauf eine der Fragen mit „ja“ beantworten, melden Sie sich bitte vor dem nächsten Kontakt in der Tagesklinik über die oben angegebene Telefonnummer.

Datum: _____ Unterschrift: _____