

Anmeldung Ergänzung „Corona“



Name: _____

Vorname: _____

Bitte ankreuzen/ausfüllen:

Ist bei Ihnen in den letzten Tagen getestet worden, ob Sie mit dem Coronavirus infiziert sind? Ja / Nein

Wenn ja, wurden Sie Corona-positiv getestet?..... Ja / Nein

Befinden Sie sich in behördlich angeordneter Quarantäne oder hatten Sie in den letzten zwei Wochen engen Kontakt mit einer Person, bei der eine Infektion mit dem Coronavirus bestätigt ist? Ja / Nein

Haben Sie im Moment Erkältungsprobleme, vor allem Husten, Fieber, Schnupfen? Ja / Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Fragen vollständig und gewissenhaft beantwortet zu haben.

Ort, Datum, Unterschrift: _____

Wichtige Informationen:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum, Unterschrift: _____