

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Zur Risikoabklärung bitten wir Sie um schriftliche Beantwortung folgender Fragen:

ja nein

- Fühlen Sie sich zur Zeit krank oder haben Sie Fieber?
 Leiden Sie unter Atemwegsbeschwerden (Husten, Heiserheit, Atemnot,...)?
 Hatten Sie innerhalb der letzten zwei Wochen Kontakt mit nachweislich Covid-19 positiven Personen?

Leiden Sie unter einem oder mehreren der folgende Verdachtssymptome?

ja nein

- Verlust der Geruchs- oder Geschmacksempfindung
 Schnupfen
 Hals- und Rachenschmerzen
 Kopf-, Muskel- oder Gelenkschmerzen seit weniger als 2 Wochen
 Erbrechen oder Durchfall in den letzten Tagen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

ja nein

- Herz- oder Kreislaufstörungen
 Hoher Blutdruck (auch behandelt)
 Herzinfarkt, Schlaganfall
 Chronische Atemwegserkrankung, starkes Asthma
 Diabetes (Zuckerkrankheit)
 Geschwächtes Immunsystem (als Grunderkrankung oder infolge von Medikamenten)
 Krebserkrankung

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die vollständige und wahrheitsgetreue Beantwortung der Gesundheitsfragen.

Hinwil, _____ Unterschrift _____

Auch wenn ich altersbedingt und/oder wegen einer bekannten Vorerkrankung zur Covid-19-Risikogruppe gehöre, wünsche ich nach Aufklärung und Besprechung die zahnärztliche und/oder dentalhygienische Untersuchung und Behandlung.

Hinwil, _____ Unterschrift _____