

Erklärung des Patienten/der Patientin:

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Ich versichere hiermit, dass

ich **keinen** wissentlichen Kontakt zu einer an Covid-19 erkrankten Person hatte ja

innerhalb der letzten zwei Wochen **kein** Abstrich auf Coronainfektion bei mir durchgeführt wurde ja

ich innerhalb der letzten 14 Tage **keinerlei** Symptome wie Fieber, Husten, Gliederschmerzen, infektbedingte Atemnot, Geruchs-/Geschmacksstörungen, Halsschmerzen oder Durchfall an mir festgestellt habe. ja

ich in den letzten 14 Tagen **nicht** in einem medizinischen Beruf (Praxis, Krankenhaus, Altenheim, Pflegeheim, Zahnarztpraxis) tätig war ja

ich in den letzten 14 Tagen **nicht** aus dem Ausland nach Deutschland eingereist bin ja

Die bekannten Hygienemaßnahmen sowie entsprechende Anweisungen des Klinikpersonals werde ich befolgen.

Datum

Unterschrift Patient(in) und ggf.
Begleitperson bei Minderjährigen