

COVID-19 CHECKLISTE



LOGOPÄDIE
FLAMMER

Patient*in:

Erziehungsberechtigte*r:

Begleitperson zur Therapie (wenn nicht gleich mit Erziehungsberechtigtem):

geltend für die Therapie am:

Aufgrund der aktuellen Gefährdungslage durch **COVID-19** (Coronavirus) ersuche ich Sie, diesen Fragebogen ZU HAUSE, vor dem Weg in die Praxis gewissenhaft zu beantworten und unterschrieben mitzubringen.

Symptome in den letzten 14 Tagen (gilt für Kind/Begleitperson/im Haushalt lebende Personen)	JA	NEIN
Fieber/erhöhte Temperatur aktuelle Temperatur Patient*in: _____		
Husten		
Halsschmerzen		
Atembeschwerden/Kurzatmigkeit		
Schnupfen		
andere Erkältungszeichen: _____		

Umgebungsanamnese/Risikofaktoren (gilt für Kind/Begleitperson/im Haushalt lebende Personen)	JA	NEIN
Kontakt zu Personen mit oben genannten Symptomen		
in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer Covid-19 infizierten Person		
Aufenthalt in einem Gebiet mit hoher Covid-19-Ausbreitung oder Quarantäne		
Krankenhausaufenthalt in den letzten 14 Tagen Wenn ja, warum?		
Arbeiten in einer Gesundheitseinrichtung Wenn ja, wo? Werden dort Patient*innen mit Covid-19 behandelt?		

Sollte ein Punkt mit JA beantwortet sein, nehmen Sie bitte VOR Anwesenheit in der Praxis Kontakt zu mir auf und besprechen Sie das weitere Vorgehen. Es kann sein, dass die Behandlung vor Ort in der Praxis auf Grund der oben erhobenen Ergebnisse derzeit NICHT möglich ist. Die Therapie wird dann zu einem späteren Zeitpunkt in der Praxis oder online im Zuge einer Teletherapie weitergeführt.

Ich _____ bestätige hiermit, dass ich den Fragebogen gewissenhaft gelesen und beantwortet habe. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben. Es wird darauf hingewiesen, dass Falschangaben und/oder die Nichteinhaltung der Verhaltensmaßnahmen (beschrieben in „COVID-19 Handlungsleitfaden in der Praxis“) im Zusammenhang mit der Infektionskrankheit COVID-19, strafrechtliche Konsequenzen im Sinne des §178, 179 StGB nach sich ziehen können.

Datum:

Unterschrift: