

Sars-CoV-2/COVID-19 - BEZOGENEN ANAMNESE FÜR ZAHNARZTPRAXEN

WAREN SIE INNERHALB DER LETZTEN 14-21 TAGEN IN HOCHRISIKOREICHEN GEBIETEN? JA NEIN

(ZUM BEISPIEL: ITALIEN, SPANIEN, ÖSTERREICH, BELGIEN, CHINA, USA, ÄGYPTEN, FRANKREICH, IRAN, SÜDKOREA)

HABEN SIE AKTUELL BESCHWERDEN IN DEN ATEMWEGEN? JA NEIN

HABEN SIE ERKÄLTUNGSSYMPTOME? (BITTE ANKREUZEN) JA NEIN

HUSTEN JA NEIN

FIEBER JA NEIN

HALSSCHMERZEN JA NEIN

KOPFSCHMERZEN JA NEIN

DURCHFALL JA NEIN

GLIEDERSCHMERZEN JA NEIN

NEHMEN SIE REGELMÄßIGE MEDIKAMENTE? JA NEIN

(ABGLEICH MIT DEN ANGABEN IM ANAMNESEBOGEN)

MEDIKAMENTE:

DATUM ORT NAME VORNAME

UNTERSCHRIFT