

Haben Sie im Moment Erkältungserscheinungen (z.B. Husten, Schnupfen, Fieber, Heiserkeit)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem*einer bestätigten Coronapatient*in?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer „Risiko-Person“ die auf den Coronavirus getestet wurde oder unter häuslicher Quarantäne stand?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet für Coronavirus (in- und Ausland)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, wo?	_____

Sollten Sie eine Frage mit Ja beantworten, können wir Sie aktuell leider nicht in unserer Praxis behandeln und bitten Sie sich in der Universitätsklinik Würzburg vorzustellen.

Datum:

Unterschrift:

Stand 06.2021

