

Name/ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Haben Sie im Moment Erkältungserscheinungen
(z.B. Husten, Schnupfen, Fieber, Heiserkeit)? Ja Nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten Coronapatienten? Ja Nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer „Risiko-Person“ die auf den Coronavirus
getestet wurde oder unter häuslicher Quarantäne stand? Ja Nein

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet für Coronavirus (in- und Ausland) Ja Nein

Land: _____

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: _____