



Patientendaten

Bitte vollständig und korrekt ausfüllen.

Nachname, Vorname

Geburtsdatum, Geschlecht: m/w/d

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Name der Krankenkasse/Versicherung

Bitte ankreuzen:

- Gesetzlich versichert
- Gesetzlich mit privater Zusatzversicherung
- Privat versichert
- Beihilfeberechtigt

1. Ermittlung auf Verdacht oder Erkrankung mit dem Coronavirus

Aufgrund der Pandemie des Coronavirus müssen wir Ihnen ein paar Fragen stellen, um einen Verdacht oder Erkrankung mit dem Coronavirus bei Ihnen auszuschließen. Bei Verdacht oder Erkrankung mit dem Coronavirus müssen durch die Praxis gesonderte Maßnahmen getroffen werden.

Haben Sie typische Symptome, wie:

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Husten | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Fieber | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Müdigkeit | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Atemwegsbeschwerden/Husten | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

- | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Befinden Sie sich in behördlich angeordneter Quarantäne? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Hatten Sie direkten Kontakt mit einer erkrankten Person? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Wurde in den letzten Tagen ein Coronatest durchgeführt? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| wenn JA , welches Testergebnis liegt vor? | <input type="radio"/> positiv | <input type="radio"/> negativ |

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient

<i>Speicherort:</i>					
© P.Peters & M.Pohl	Erstellt	Geändert	Geprüft	Freigabe	Seite:
	Kürzel / Datum:	Kürzel / Datum:	Kürzel / Datum:	Kürzel / Datum:	Seite 1 von 2
	22.04.20 PP/MP	22.04.20 PP/MP	22.04.20 PP/MP	22.04.20 PP/MP	



Durch die Praxis/Behandler*in auszufüllen

2. Ergebnis der Ermittlung, ob ein Verdacht oder eine Infektion mit dem Coronavirus vorliegt.

Verdacht oder Infektion liegt vor Ja Nein

- ➔ wenn **NEIN**, kann Behandlung durchgeführt werden
- ➔ wenn **JA**: Behandlung verschieben
 - Überweisung in Behandlungszentrum / Schwerpunktpraxis
 - Patienten ggf. an Hausarzt verweisen zur Verdachtsabklärung

3. Maßnahmen der Praxis

spezielle Anamnese:

ist eine Behandlung erforderlich Ja Nein unklar

Befund:

.....

.....

.....

Diagnose:

.....

.....

beteiligte Personen bei der Behandlung:

Zahnarzt*in:

1. Assistenz*in:

2. Assistenz*in:

durchführende Person der Hygienemaßnahmen / Aufbereitung:

Mitarbeiter*in:

.....
Datum

.....
Unterschrift Zahnarzt*in

<i>Speicherort:</i>					
© P.Peters & M.Pohl	Erstellt	Geändert	Geprüft	Freigabe	Seite:
	Kürzel / Datum:	Kürzel / Datum:	Kürzel / Datum:	Kürzel / Datum:	Seite 2 von 2
	22.04.20 PP/MP	22.04.20 PP/MP	22.04.20 PP/MP	22.04.20 PP/MP	