

Corona-Selbstauskunft Name _____ Datum _____

Vor Teilnahme an der jeweiligen Therapiestunde muss folgende Selbstauskunft wahrheitsgemäß ausgefüllt und bei Eintreffen unterschrieben mitgebracht werden.

Ihre Angaben fallen unter die ärztliche Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt!!!

Ich **bin** aktuell mit SARS-COV-2/Covid-19 infiziert, oder als erstgradige Kontaktperson unter Quarantäne. ja nein

Ich **hatte** in den letzten 14 Tagen direkt Kontakt (Grad 1) zu einer Person, die mit SARS-COV-2/Covid-19 **positiv** getestet (Abstrich) wurde, oder die infektionsverdächtig (Kontaktperson Grad 2 einer getesteten Person ist). ja nein, nicht bekanntermaßen.

Ich **hatte** in den letzten 14 Tagen direkt Kontakt zu einer NOCH NICHT negativ getesteten Person, die aber ihrerseits mit einer POSITIV getesteten Person im Kontakt war, somit infektionsverdächtig ist. ja nein, nicht bekanntermaßen.

.....
Ich **war eventuell** mit SARS-COV-2/Covid-19 infiziert ja ca. _____ nein

Ich **war wegen Infekt bzw. erststgradiger Kontaktperson wegen SARS-COV-2/Covid-19** in Isolierung/Quarantäne ja nein ca. von _____ bis _____

Ich **wurde am** _____ SARS-COV-2/Covid-19 **positiv** getestet (Abstrich) ja nein

Ich **wurde am** _____ SARS-COV-2/Covid-19 **negativ** getestet (Abstrich) ja nein

Und ich **wurde am** _____ SARS-COV-2/Cov19 **negativ** getestet (Abstrich) ja nein
.....

Ich **gelte als genesen** von SARS-COV-2/Covid-19 ja nein unklar

Bei mir wurden **am** _____ SARS-COV-2/Cov19 **Antikörper nachgewiesen** ja nein

Nur Evtl. bekannt: **IGM** ja nein - **IGG** ja nein

Covid-Positiv im qualitativen-Schnelltest ja nein **am** _____

Corona-Selbstauskunft Name _____ Datum _____

Direkt vor der Stunde auszufüllende Symptomfragen:

Ich habe zur Zeit Halsschmerzen ja nein

Ich habe zur Zeit Fieber, oder hatte es in letzten 14 Tagen ja nein

Ich habe zur Zeit trockenen Husten oder hatte ihn in letzten 14 Tagen ja nein

Ich habe zur Zeit (/letzte 14 Tage) Durchfall und Atembeschwerden ja nein

Ich habe zur Zeit (14 Tage) reduzierten Geschmacks-Geruchssinn ja nein

Ich habe zur Zeit eine laufende Nase ja, unklar ob Zusammenhang nein

Ich habe zur Zeit brennende Augen ja unklar ob Zusammenhang nein

Ich habe zur Zeit allergietypische Atembeschwerden (verstopfte Nase) ja nein

Ich habe für mich typische Allergiesymptome die **trotz** meiner gewohnten Allergiemedikation **NICHT** besser geworden sind ja nein

Ich habe zur Zeit folgende Atembeschwerden _____

Ich bin heute angereist aus _____

*Mir ist bekannt, dass ich, falls ich eine oder mehrere Fragen mit einem **fett** markiertem "ja" beantworten musste,*

- *an der heutigen Sitzung bei leider nicht teilnehmen darf,*

*und ich die Praxis nicht ohne **telefonische** Rücksprache betreten darf.*

Datum/Unterschrift

Datum/Unterschrift

Ruth Strotmann
Heilpraktikerin für Psychotherapie
Systemische Einzel-, Paar- u. Familientherapeutin
Ortwänger Esch 19 - 87545 Burgberg
Tel. 08321-6908233 - Mobil 0171-6432884