

**Selbstauskunft zu COVID-19 für Besucher und Besucherinnen der Praxis für  
Physiotherapie und Osteopathie Torge Quitsch**

Liebe Patienten/innen,

wir bitten um Verständnis, dass wir aufgrund der aktuellen Corona-Krise die nachfolgenden Daten vorübergehend erheben.

**Soweit bei einer der folgenden Fragen ein Kreuz bei „JA“ gesetzt wird, ist der Zutritt zur Praxis nicht gestattet. Zu Frage 3 beachten Sie bitte die Ausnahme (Befreiung von der Quarantäne-Pflicht).**

Werden die Fragen nicht eindeutig mit „NEIN“ beantwortet, wird die jeweilige Person genauer befragt werden.

---

Name, Vorname

---

E-Mail-Adresse

---

Telefon

**Bitte beachten Sie, dass für alle Besucher und Besucherinnen der Praxis grundsätzlich die Pflicht zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung besteht.**

Ich erkläre hiermit verbindlich:

Haben Sie Atemwegsprobleme, Erkältungssymptome und /oder unspezifische Allgemeinsymptome (Fieber, Kopf- oder Glieder-schmerzen)?

- JA  NEIN

Hatten Sie innerhalb der letzten 14 Tage Kontakt zu einer oder einem an COVID-19 Erkrankten?

- JA  NEIN

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Staat oder einer Region außerhalb von Deutschland aufgehalten, welche/r als Risikogebiet eingestuft ist?

Maßgeblich ist die jeweils aktuelle Veröffentlichung des RKI über die Einstufung als Risikogebiet

- JA  NEIN

Sollten Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet aufgehalten haben, erhalten Sie nur Zutritt, wenn ein Nachweis über die Befreiung von der Quarantäne-Pflicht von der zuständigen Gesundheitsbehörde vorgelegt werden kann.

Wenn sich während Ihrer laufenden Therapie bei uns Änderungen bezüglich der oben genannten Fragen ergeben, sind Sie verpflichtet, uns dies unmittelbar mitzuteilen und alle Termine bis zu dem Zeitpunkt abzusagen, an dem Sie wieder alle Fragen mit „nein“ beantworten können.

Die Absagenregelung gem. der AGB der Praxis hat auch bei Terminabsagen / -ausfällen aus oben genannten Gründen sowie bei Terminabsagen / -ausfällen aufgrund verordneter Quarantäne weiterhin Gültigkeit, da auch in diesen Fällen keine Kostenerstattung seitens der Krankenkassen oder des Gesundheitsamtes an uns erfolgt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift