

Alle Patienten*innen verpflichten sich zur Einhaltung folgender Sicherheitsmaßnahmen

- 1) Sofern Sie irgendeines der unten genannten Symptome (oder allgemeine Erkältungssymptome o.ä.) haben, **sagen Sie den Termin bitte frühestmöglich ab** und betreten Sie die Praxis **nicht**.
- 2) Begleitpersonen innerhalb der Praxis sind derzeit leider **nicht** möglich.
- 3) Bitte nutzen Sie das **Wartezimmer nur wenn es nicht bereits von anderen Patienten genutzt wird**. Sofern das Wartezimmer bereits belegt ist, warten Sie bitte ausserhalb der Praxis.
- 4) Öffnen Sie alle Türen nur mit dem Ellbogen, **nicht** mit der Hand.
- 5) **Bitte desinfizieren Sie Ihre Hände direkt beim Betreten des Wartezimmers. Es steht ein Desinfektionsmittelspender direkt am Eingang bereit.** Bitte benetzen Sie Ihre Hände mit einer Dosis Desinfektionsmittel und führen Sie die Händedesinfektion gemäß der aushängenden Anleitung durch, sodass die gesamten Hände über eine Dauer von mindestens **30 Sekunden vollständig benetzt** sind.
- 6) Stellen Sie Ihre Taschen und sonstiges bitte ausschließlich auf dem Hocker direkt links im Behandlungsraum ab.
- 7) Bitte berühren Sie in der Praxis möglichst keine Flächen oder Gegenstände.
- 8) Trinken steht in Plastikflaschen bereit, bitte einfach bedienen, jedoch bitte aus der Flasche trinken und diese anschliessend mitnehmen.
- 9) Bitte verzeihen Sie die eventuell niedrige Temperatur in der Praxis aufgrund dauerhafter Lüftung.
- 10) Bitte ziehen Sie bei Betreten des Behandlungsraumes eine geeignete Mund-Nase-Bedeckung auf, die den aktuellen von der Regierung vorgegebenen Mindeststandards entspricht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass:

1. ich mich innerhalb der letzten 15 Tage nicht in einem aktuellen Corona-Risikogebiet aufgehalten habe.
2. ich innerhalb der letzten 15 Tage keine grippeähnlichen oder infektiöse Symptome (wie z.B. Fieber, erhöhte Temperatur, Husten, Atemnot, Schnupfen, Gliederschmerzen, Halsschmerzen, Durchfall, Kopfschmerzen, Müdigkeit, o.ä.) hatte oder aktuell habe.
3. bei mir innerhalb der letzten 15 Tage kein Verdacht auf Corona bestand, ich nicht in Quarantäne war und auch keine Quarantäne angeordnet wurde.
4. ich innerhalb der letzten 15 Tage keinen wissentlichen Kontakt mit Corona-Erkrankten oder Corona-Infizierten hatte.

Name _____

Unterschrift _____

Datum _____

Uhrzeit _____

Mit seiner Unterschrift bestätigt die Patientin/der Patient, dass alle Angaben vollumfänglich und wahrheitsgemäß gemacht wurden.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!