

# COVID-19: Fragebogen zu Ihrem vereinbarten Behandlungstermin

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir ersuchen Sie, unten stehende Fragen gewissenhaft zu beantworten, zum Schutz aller PatientInnen sowie unseres Teams.

Für den Fall, dass Sie eine der Fragen für sich mit „JA“ beantworten, sehen wir uns leider dazu veranlasst, Ihren Termin auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben.

Teilen Sie uns dies bitte vorab telefonisch oder per E-mail mit!

Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall oder zu einem COVID-19 Verdachtsfall?  JA  NEIN

Hatten Sie in den letzten 4 Tagen Fieber (über 37,5°C)?  JA  NEIN

Hatten Sie in den letzten 24 Stunden Schüttelfrost?  JA  NEIN

Leiden Sie unter plötzlichem Geschmacks- und Geruchsverlust?  JA  NEIN

Leiden Sie unter plötzlichem Durchfall?  JA  NEIN

Wir führen bei unseren PatientInnen im Ermessen des behandelnden Arztes/Ärztin vor Behandlungsbeginn kostenlos Antigen-Schnelltests durch, in Abhängigkeit von Behandlungsdauer und -intensität.

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie Ihre Einwilligung für eine etwaige Durchführung eines für Sie kostenlosen Antigen-Schnelltests und der damit verbundenen Datenweitergabe sowie -verarbeitung durch das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Testplattform bzw. Screening Portal für betriebliche Testungen). Sie erhalten dadurch über die Testplattform des Bundes eine automatisierte Bestätigung Ihres Testergebnisses an Ihre angeführte Mobilnummer. Dies wird als sogenannter Zutrittstest anerkannt. Die Datenschutzbestimmungen für das Screeningportal können jederzeit über [www.implantatakademie.at/Datenschutz\\_Screeningportal](http://www.implantatakademie.at/Datenschutz_Screeningportal) abgerufen werden.

SVNR \_\_\_\_\_  SVNR ist bereits bekannt

Name \_\_\_\_\_ Mobilnummer \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

aktuelle Körpertemperatur (von uns gemessen): \_\_\_\_\_