

Fragebogen / Erklärung

Diesen Fragebogen bitte vollständig und wahrheitsgetreu ausfüllen und **VOR** der Therapie an der Rezeption abgeben!

Wenn Sie diesen Fragebogen nicht oder nicht vollständig ausfüllen, werden Sie nicht zur Therapie zugelassen!

Vorname:

Zuname:

Versicherungsnummer:

Kreuzen Sie bitte bei folgenden Fragen das JA oder NEIN an:

Sind Sie derzeit an CORONA (COVID-19) erkrankt?	JA	NEIN
Waren Sie jemals an CORONA (COVID-19) erkrankt?	JA	NEIN
Hatten Sie in den letzten zwei Wochen mit Personen Kontakt (Abstand weniger als 1 m), die mit dem COVID-19-Virus infiziert sind bzw. waren?	JA	NEIN
Haben Sie Fieber?	JA	NEIN
Haben Sie Husten?	JA	NEIN
Leiden Sie unter Atemnot?	JA	NEIN
Haben Sie Halsschmerzen?	JA	NEIN
Leiden Sie unter plötzlichem Verlust des Geschmacks- und / oder Geruchssinns?	JA	NEIN

Die Beantwortung dieser Fragen gilt für alle meine weiteren Besuche im Physiotherapeutischen Institut Leibnitz (PIL). Falls sich Änderungen ergeben, werde ich das PIL umgehend telefonisch verständigen.

Ich erkläre mich bereit, folgende vom PIL vorgesehenen Hygiene- und Vorkehrungsmaßnahmen einzuhalten:

- Tragen eines Mund- und Nasenschutzes während des gesamten Aufenthaltes im PIL
- Mindestens einen Meter Abstand zu anderen Personen halten (ausgenommen Personal des PIL)
- Den Anordnungen des Personals des PIL Folge leisten
- Meine Hände mit dem bereitgestellten Desinfektionsmittel desinfizieren

Ich nehme ausdrücklich zur Kenntnis, dass trotz sorgfältiger Einhaltung dieser Bestimmungen eine Infektion mit COVID-19 nicht zur Gänze ausgeschlossen werden kann. Ich werde daher im Falle einer Infektion mit COVID-19 keine wie auch immer gearteten Schadenersatzansprüche gegen das PIL vorbringen.

Leibnitz, am

.....

Unterschrift / Patient

Gelesen und verstanden.

Herzlichen Dank für Ihre Bemühungen!