

## Aufklärungsbogen im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 (Coronavirus)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Im Zusammenhang mit COVID-19 und der damit aufgetretenen Pandemie ist es notwendig, Sie über die zusätzlichen Risiken, die mit einem Arztbesuch verbunden sind, aufzuklären.

Das neuartige Coronavirus kann Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. **Trotz aller getroffenen Schutzmaßnahmen in der Ordination besteht die Möglichkeit einer Ansteckung mit dem SARS-CoV-2 Virus. Der behandelnde Arzt übernimmt keinerlei Haftung.**

Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen und um die Verbreitung des neuartigen Coronavirus zu verhindern. Die Schweigepflicht Ihres Arztes gegenüber der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde (Gesundheitsbehörde) entfällt gemäß § 3 Epidemiegesetz, wenn Sie eine oder mehrere der unten angeführten Symptome/Beschwerden haben.

**Hatten Sie in den letzten 14 Tagen ohne plausible Erklärung eine der folgenden Beschwerden / trifft zu?**

|                                      | ja                    | nein                  |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Husten                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kurzatmigkeit                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fieber (über 38°)                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kontakt mit einem COVID-19 Patienten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einer Region oder in einem Land, wo von anhaltender Übertragung von SARS-CoV-2 ausgegangen werden muss?**

|                            | ja                    | nein                  |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Wenn ja, Region/Land ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Wurde bei Ihnen ein COVID-19-Test durchgeführt?**

|                      | ja                    | nein                  |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Wenn ja, wann? ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Bei entsprechender klinischer Präsentation und/oder entsprechenden diagnostisch-anamnestischen Hinweisen, die zu einem dringendem ärztlichen Verdacht auf das Vorliegen einer COVID-19-Erkrankung führen, können auch Fälle, die nicht den oben genannten Kriterien entsprechen, als Verdachtsfälle eingestuft werden. Die Behandlungsentscheidung obliegt dem behandelnden Arzt.**

### WICHTIGER HINWEIS

Sollten Sie vorsätzlich oder wider besseren Wissens unwahre Angaben gemacht haben dann gefährden Sie den Betrieb und den Versorgungsauftrag des behandelnden Arztes. Dies hat sowohl strafrechtliche als auch schadenersatzrechtliche Konsequenzen für Sie.

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden. Ich wurde auch mündlich aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen.

Schörfing, am.....

.....  
Behandelnder Arzt

.....  
Patient / Vormund