



Liebe Patienten, liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigte,

Corona hat uns und unseren Alltag alle voll im Griff. Um gemeinsam einen guten und sicheren Weg durch diese Zeiten zu gehen, wollen wir Euch/ Ihnen gerne vor Ihrem Besuch ein paar Informationen geben bzw. auch von Euch/ Ihnen ein paar Informationen erfragen: Füllen Sie diesen Bogen bitte vor der Therapie aus und geben Sie diesen dem behandelndem Therapeuten! Vielen Dank für Eure/ Ihre Mitarbeit!

- Da wir sehr auf den Abstand achten müssen, können die Eltern bzw. Bezugspersonen nur in Ausnahmefällen bei der Therapie dabei sein.
- Kommt/ Kommen Sie bitte sehr pünktlich zur Therapie, damit keine langen Wartezeiten entstehen und Kontakte zu anderen Kindern und Eltern vermieden werden.
- Auch wir wollen uns innerhalb unserer Praxis an der **AHA+L - Formel** orientieren:

Abstand - **H**ygiene - **A**lltagsmaske + **L**üften

Damit wir dies auch verantwortungsvoll gestalten können, werden wir die Therapiezeit auf 40 Minuten verkürzen, damit ein ordnungsgemäßes Lüften nach jeder Therapie möglich ist.

! Sollte eins der unten aufgeführten Fragen bejaht werden, ist eine Durchführung der Therapie leider nicht möglich, bei einfachem Schnupfen/ laufender Nase mit klarem Sekret, nehmen Sie bitte Kontakt mit dem Therapeuten auf.

Folgende Angaben benötigen wir von Euch/ Ihnen:

Name, Vorname _____	Geb.-Dat. _____
Tel. Nr.: _____	
Datum: _____	Uhrzeit: _____

1. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen vor Ihrem Besuch einen nachgewiesenen / bekannten Kontakt zu einer positiv auf Corona getesteten Person?

- Ja Nein

2. Leiden Sie an einer der folgenden Beschwerden?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Trockener Husten | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Fieber > 38,5 °C | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Halsschmerzen | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Gliederschmerzen / Grippe-Beschwerden | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Geschmacks- / Geruchsverlust | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

3. Befindet sich eine in Eurem/ Ihrem Haushalt lebende Person in Quarantäne?

- Ja Nein

Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter

Liebe Patienten, liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigte,

Corona hat uns und unseren Alltag alle voll im Griff. Um gemeinsam einen guten und sicheren Weg durch diese Zeiten zu gehen, wollen wir Euch/ Ihnen gerne vor Ihrem Besuch ein paar Informationen geben bzw. auch von Euch/ Ihnen ein paar Informationen erfragen: Füllen Sie diesen Bogen bitte vor der Therapie aus und geben Sie diesen dem behandelnden Therapeuten! Vielen Dank für Eure/ Ihre Mitarbeit!

Wichtig ist uns dabei ein vertrauensvoller Umgang mit den Vorgaben des Ministeriums, damit wir alle gesund durch den Winter kommen. Wenn Ihr/ Sie Fragen oder Anmerkungen haben, dann spricht / sprechen Sie bitte den behandelnden Therapeuten persönlich an!