

## Belehrung zu den Maßnahmen anlässlich der Corona-Pandemie

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Anschrift des Patienten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefonnummer des Patienten (ggf. Sorgeberechtigter): \_\_\_\_\_

1. Bei folgenden Symptomen darf die Praxis mit.sprache nicht betreten werden:

- **Husten**
- **Schnupfen**
- **Fieber**
- **Geschmacksstörungen/-verlust**

Auch bei **Kontakt mit einem\*r positiv getesteten Corona-Patienten\*in** dürfen Sie unsere Praxis nicht betreten!

2. **Vorgeschriebene Ein- und Ausgänge** sind zu **benutzen**.
3. **Beim Betreten** der Praxis sind die **Hände zu desinfizieren** bzw. **gründlich zu waschen!**
4. Es gilt die entsprechenden Husten- und Niesetikette (z.B. in Ellenbeuge husten und niesen)
5. Es gilt ein Mindestabstand zu Personen von mindestens 1,5m.
6. Die **Anweisungen** der Praxis - Mitarbeiter\*innen und die **Aushänge** sind zu **befolgen!**

Die Gesundheit unserer Patient\*innen und Mitarbeiter\*innen ist uns wichtig!

Neben den allgemeinen Hygienemaßnahmen werden in der Praxis mit.sprache aufgrund der Corona-Pandemie erweiterte Hygiene- und Schutzmaßnahmen umgesetzt.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnis und das Einhalten der o.g. Regeln/ Maßnahmen:

Datum

Unterschrift Patient\*In/ Sorgeberechtigte\*r