

COVID-19 Selbstauskunft und Behandlungseinwilligung

Name: _____ SVNR inkl. Geb.datum: _ _ _ _ _

Mit Unterzeichnung dieses Dokuments bestätige ich, dass ich selbst nicht mit dem COVID-19 Virus infiziert bin und in den letzten 14 Tagen wesentlich keinen engen Kontakt zu potentiell kritischen oder mit COVID19-infizierten Personen hatte. Weiters bestätige ich, dass ich keiner Quarantäne unterliege und auch in den letzten 14 Tagen zu keiner Person in Quarantäne Kontakt hatte.

Ich habe gegenwärtig keine Symptome, die auf eine COVID-19 Infektion hinweisen, wie etwa erhöhte Temperatur, Husten, Atemnot, Halsschmerzen oder Durchfall.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich bei falschen Angaben wesentlich andere Personen sowie die Schließung des Ambulatoriums und der Ordination gefährde und dafür zur Haftung gezogen werden kann.

Ich erkläre mich ausdrücklich mit der Behandlung einverstanden, da ich Schmerzen habe, weiß, dass manche Untersuchungen und Therapien nur ohne Abstand zum Arzt bzw. Therapeuten möglich sind und verpflichte mich, mich an die Schutzmaßnahmen zu halten (Wartezeit außerhalb des Hauses verbringen (statt 10 min vorher nur 2 min vorher im Haus sein), immer Mund-Nasen-Schutz tragen, 2 Meter Abstand zu anderen Personen halten, bis auf weiteres keine Benutzung von Dusche und Infrarotkabine, etc.)

Weiters erkläre ich mich mit der Hausordnung, der Speicherung meiner Daten und den Therapiebedingungen einverstanden (verpflichtende e-card-Steckung, Beginn der Therapieserie nur mit gültiger Verordnung, je 1 Unterschrift pro Therapietermin für Nicht-ÖGK-Kassen, Ausfallshonorar bei Absagen kürzer als 24 h vor Termin laut Informationsblatt, Kostenbeitrag Nasenschlitztücher (EUR 1 bei ÖGK-PatientInnen, EUR 2 bei allen anderen Krankenkassen pro Therapieserie)).

Datum

Unterschrift