

## **Anamnesebogen nach § 28 Abs. 3 Satz 8 IfSG**

Die derzeitige Lage rund um das Coronavirus beschäftigt auch unsere Praxis. Wir setzen deshalb auf den Infektionsschutz, um ihren Besuch so sicher und angenehm wie möglich zu gestalten.

Als therapeutische Praxis erheben wir zum Zwecke der Beurteilung der Gefährdungslage in unserer Praxis im Hinblick auf die Coronavirus- Krankheit-2019 (COVID-19) personenbezogene Daten entsprechend der unten angegebenen Fragen zu ihrem Impf- und Teststatus. Die Daten dienen auch zur Vorbereitung der gesetzlich verpflichteten Berichterstattung nach § 28 Absatz 3 Satz 7 IfSG an die zuständige Infektionsschutzbehörde. Zur Erhebung der Daten sind wir nach § 28b Absatz 3 Sätze 8, 9 IfSG gesetzlich berechtigt. Die erhobenen Daten werden spätestens am Ende des sechsten Monats nach ihrer Erhebung gelöscht; die Bestimmungen des allgemeinen Datenschutzrechts bleiben unberührt.

Name und Vorname des/der Patient/in: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Liegen Symptome einer Covid-19 Infektion vor?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Sind sie vollständig geimpft?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Ist ihre letzte Impfung länger als 6 Monate her?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Sind Sie genesen?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4a. Wenn ja, ist ihre Genesung länger als 6 Monate her?                                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Haben sie eine Auffrischungsimpfung (Booster) erhalten?                                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. Verfügen sie über einen aktuell gültigen Testnachweis, der nicht älter als 24 Stunden ist? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Ort, Datum, Unterschrift des/der Patient/in