

Covid-19 Zusatz zur Behandlungsvereinbarung

Name: _____
Vorname: _____
Geboren am: _____

Es besteht ein generelles Betretungsverbot für Personen, die sich in den letzten 14 Tagen in Risikogebieten im Aus- oder Inland oder besonders betroffenen Regionen im Inland nach RKI-Klassifizierung aufgehalten haben.

Ebenso gilt dieses Betretungsverbot für Personen, die in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer positiv auf das Coronavirus getesteten Person hatten.

Das Gleiche gilt für Personen mit Fieber oder Krankheitssymptomen hinsichtlich eines Atemwegsinfekts.

Dieses Betretungsverbot gilt bis auf weiteres und unabhängig von der Form der von Ihnen in Anspruch genommenen Dienstleistung in unserem Haus (Heilmittelverordnung, Ambulante Rehabilitation, Nachsorgekonzepte, Selbstzahlerleistungen oder Mitglieder).

Ich bestätige die vorangegangene Information gelesen zu haben und versichere meine Therapie nur unter Berücksichtigung oben genannter Regularien wahrzunehmen.

Datum

Unterschrift