

## Einverständniserklärung Risikopatienten

---

Patient: Vorname, Nachname, Geburtsdatum

Mir ist bewusst, dass ich aufgrund meines Alters und/oder Vorerkrankungen einer Risikogruppe angehöre und damit ein höheres gesundheitliches Risiko bezüglich einer möglichen Ansteckung durch das Corona-Virus trage.

Von meinem/r Therapeuten/in wurde mir wegen des gesundheitlichen Risikos von weiteren planbaren osteopathischen Behandlungen bis auf Weiteres abgeraten.

Ich erkläre hiermit, dass ich hierzu ausreichend Bedenkzeit hatte und eine Behandlung mittels Osteopathie trotz des momentanen Risikos wünsche. Ich sichere selbst - sofort nach Betreten der Praxis - folgende persönliche Hygiene-Maßnahmen zu:

- Händewaschen mit Seife (30 sec. Einseifen), bzw. Händedesinfektion
- Abstand zu anderen Patienten halten
- Möglichst wenig Gegenstände und Türklinken anfassen
- Nur in die Ellenbeuge niesen
- Nach Niesen erneut Hände waschen
- Kein Händeschütteln

Beide Seiten (Therapeut und Patient) versichern folgendes:

- keine aktuellen Erkältungsbeschwerden oder andere Anzeichen einer Virusinfektion zu haben.
- in den vergangenen Wochen keinen Kontakt zu erkrankten Personen gehabt zu haben.
- während der Behandlung den Kopf bewusst in die andere Richtung zu drehen.
- sich darüber im Klaren zu sein, dass eine gegenseitige Ansteckung mit dem Coronavirus durch Symptommfreiheit nicht ausgeschlossen werden kann, **weswegen beide Seiten einen Mund und Nasenschutz tragen werden.**
- Sich umgehend zu melden, sollten Beschwerden auftreten bzw. eine Coronainfektion festgestellt werden.

---

Ort, Datum, Unterschrift Patient

---

Unterschrift Therapeut