

Bali Massagen Selbstdeklaration Gesundheit

Bitte beantworten Sie die untenstehenden Fragen wahrheitsgetreu. Die Fragen sollen helfen, eine allfällige Erkrankung zu erkennen. Im Zweifelsfall wird auf eine Behandlung verzichtet. Die gebuchte Stunde wird Ihnen zu Gunsten der Gesundheit nicht verrechnet.

Fragen zur Risikoeinschätzung

	Nein	Ja
Sind Sie über 65 Jahre alt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter chronischen Atemwegserkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Erkrankungen und/oder Therapien, die das Immunsystem schwächen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sollten Sie eine der Fragen zur Risikoeinschätzung mit 'Ja' beantwortet haben, gehören Sie, gemäss dem Bundesamt für Gesundheit, zu den Menschen, die bei der Erkrankung an Covid-19 (Corona Virus) mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit eines schwierigen Verlaufs rechnen müssen. Eine Behandlung bei Bali Massagen wird in diesem Fall momentan nicht durchgeführt.

Fragen zur Gesundheit

	Nein	Ja
Haben Sie momentan oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen Fieber oder erhöhte Temperatur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie momentan oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen trockenen Husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich heute oder fühlten Sie sich in den letzten 14 Tagen aussergewöhnlich müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie momentan oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen aussergewöhnlich hohe Schleim-/Auswurfproduktion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie momentan oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen aussergewöhnlich starke Atemnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kamen Sie beim Treppensteigen auf dem Weg hier hoch aussergewöhnlich schnell ausser Atem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie momentan oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen einen Verlust des Geschmacks- und/oder Geruchssinns?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie in den letzten 14 Tagen mit einer oder mehreren Personen zusammen, die krank waren oder in der Zwischenzeit krank geworden sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sollten Sie eine der Fragen zur Gesundheit mit 'Ja' beantwortet haben, ist auf eine Behandlung zu verzichten.

Uster, _____

Vorname: _____ Name: _____ Wohnort: _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die Angaben wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

Unterschrift: _____