

**PROF. DR. med. DR. med. habil. T.P.U. WUSTROW<sup>1</sup>**  
**PROF. DR. med. H.-J. KORNMESSE<sup>2</sup>**  
**DR. med. Nicola LEUZE<sup>3</sup>**

GEMEINSCHAFTSPRAXIS  
FÜR HALS-, NASEN- UND OHREN-HEILKUNDE<sup>1,2,3</sup>  
PLASTISCHE OPERATIONEN<sup>1</sup>, SPEZIELLE HNO-CHIRURGIE<sup>1</sup>  
STIMM- UND SPRACHSTÖRUNGEN<sup>1</sup>  
ALLERGOLOGIE<sup>1</sup>, AKUPUNKTUR<sup>1</sup>  
Besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden:  
KINDER-HNO<sup>1,2,3</sup>, NATURHEILKUNDE<sup>1</sup>, SCHLAFMEDIZIN<sup>1</sup>

Privatärztliches HNO-Zentrum



D - 80333 MÜNCHEN  
WITTELSBACHERPLATZ 1/II (ARCO-PALAIS)  
TELEFON (089) 284155  
TELEFAX (089) 281762  
www.hno-wustrow.de

SPRECHSTUNDEN NACH VEREINBARUNG



Zertifiziert nach QEP

**Pflicht, bitte vorab ausfüllen und mitbringen!**  
**COVID-19 Anamnese:**

**Waren Sie kürzlich vereist?**

- Nein
- Ja – wohin?

**Haben Sie sich einem Risikogebiet für Corona-Virus aufgehalten?**

- Nein
- Ja- wo genau?

**Haben Sie Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt?**

- Nein
- Ja – wo, wann, mit wem?

**Haben Sie Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona-Verdacht besteht?**

- Nein
- Ja – wo, wann, mit wem?

**Haben Sie Symptome wie Halsschmerzen, Husten, Schnupfen oder Fieber?**

- Nein
- Ja – welche, seit wann?

**Haben Sie chronische Erkrankungen?**

- Nein
- Ja, welche?

**Haben Sie aufgrund einer Erkrankung ein geschwächtes Immunsystem?**

- Nein
- Ja – welche Erkrankung?

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Name

\_\_\_\_\_ Unterschrift

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr.med. Dr.med.habil T.P.U. Wustrow