

1. Persönliche Daten

Vorname:

Geschlecht: männlich

Name:

weiblich

Straße:

Geb.-Dat.:

PLZ, Ort:

2. Beschwerdebild

rot = Pflichtfrage

Symptom	Ja	Nein	Schweregrad			Symptombeginn
			leicht	mittel	schwer	
Plötzlicher Krankheitsbeginn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Akute Luftnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ in Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ in Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Akute Bronchitis oder Lungenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verlust von Geruchs- und Geschmackssinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	max. °C
Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gliederschmerzen						
Halsschmerzen /-kratzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

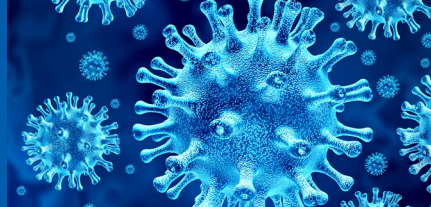
Sonstiges (z. B. Schluckbeschwerden, Ausschlag):

.....

.....

.....

.....



3. Weitere Anamnese

rot = Pflichtfrage

	Nein	Ja	→ Wo/ Welcher?
Hatten Sie Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten oder einer Person, bei der Corona-Verdacht besteht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehören Sie einer Risikogruppe an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie in der Pflege, einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus tätig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie sich in einem Risikogebiet für Coronavirus aufgehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie eine größere Veranstaltung oder Feier besucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Waren Sie mit vielen Menschen in einem unzureichend gelüfteten Raum zusammen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
→ Wurden die AHA+L-Regeln befolgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Nein	Ja	→ Welche Erkrankung?
Haben Sie chronische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie aufgrund einer Erkrankung ein geschwächtes Immunsystem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Anmerkungen

Datum

Unterschrift Patient/in bzw. des gesetzlichen Vertreters/Sorgeberechtigten