

Patientenfragebogen Infektsprechstunde – bitte vollständig ausfüllen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____ Handy-Nummer: _____

E-mail-Adresse: _____

Beginn der Symptome am (Datum): _____

Symptome (bitte ankreuzen):

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Verlust von Geruchssinn• Verlust von Geschmackssinn• Husten• Schnupfen• Halsschmerzen | <ul style="list-style-type: none">• allg. Krankheitszeichen (müde, Gliederschmerzen)• schneller Puls• Fieber• Durchfall• Atemnot |
|---|--|

Wurde bereits ein Schnelltest auf Corona durchgeführt? _____

Wie war das Ergebnis? _____

Gegen SARS-Cov-2 geimpft?: Ja _____ Nein _____

Gegen Influenza (echte Grippe) geimpft?: Ja _____ Nein _____

mgl. Infektionsquelle bekannt? _____

Wenn ja: wer, wo? _____

Arbeiten Sie in einem der folgenden Bereiche? _____

wenn ja, wo (bitte ankreuzen):

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Schule• medizinischer Bereich• Pflegeheim | <ul style="list-style-type: none">• Kita• Heim• JVA |
|---|---|

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam