

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

**Wurde bereits ein Schnelltest durchgeführt?** \_\_\_\_\_

**Wie war das Ergebnis?** \_\_\_\_\_

**Gegen SARS-Cov-2 geimpft?:** \_\_\_\_\_

**1. Impfung (Datum)** \_\_\_\_\_ **Impfstoff:** \_\_\_\_\_

**2. Impfung (Datum)** \_\_\_\_\_ **Impfstoff:** \_\_\_\_\_

**3. Impfung (Datum)** \_\_\_\_\_ **Impfstoff:** \_\_\_\_\_

**mgl. Infektionsquelle bekannt?** \_\_\_\_\_

**Wenn ja: wer, wo?** \_\_\_\_\_

**Weitere bestätigte Covid-Erkrankte im Umfeld?** \_\_\_\_\_

**Wenn ja, wer?** \_\_\_\_\_

**Arbeiten Sie in einem der folgenden Bereiche?** \_\_\_\_\_

**wenn ja, wo (bitte ankreuzen):**

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

**Vielen Dank!**  
**Ihr Praxisteam**