

Fragebogen grippaler Infekt

PatientIn: _____ Datum: _____

Tel.Nr. für Rückruf: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitsstätte: _____

Beschwerdebild	Ja	Nein	Symptombeginn
<i>Plötzlicher Krankheitsbeginn?</i>			
Husten?			
Fieber?			Max. °C
Schnupfen?			
Geschmacks-/Geruchsverlust?			
Halsschmerzen/-kratzen?			
Luftnot?			
- in Ruhe?			
- Bei Belastung?			
Abgeschlagenheit?			
Gliederschmerzen?			
Kopfschmerzen?			
Durchfall?			
Bauchschmerzen?			
Erbrechen?			

Weitere Anamnese	Ja	nein
Waren Sie bereits an CoVid-19 erkrankt? Datum der Erkrankung _____		
Ist ein CoVidAg-Schnelltest oder ein PCR-Test durchgeführt worden? (Art des Tests unterstreichen!) Wie war das Ergebnis? <input type="radio"/> positiv <input type="radio"/> negativ		
Waren Sie in den letzten 2 Wochen verreist ?		
Haben Sie eine chronische Erkrankung ?		
Haben Sie aufgrund einer Erkrankung ein geschwächtes Immunsystem bzw. nehmen Sie Medikamente, die das Immunsystem schwächen?		

Berlin, den _____,