

## Fragebogen Fieber/grippaler Infekt/Magen-Darm-Infekt

Patient:in: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Tel.Nr. für Rückruf: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitsstätte: \_\_\_\_\_

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

Weitere Anamnese	Ja	Nein
Sind Sie gegen <b>Influenza</b> geimpft?		
Sind Sie gegen <b>Pneumokokken</b> geimpft?		
Sind Sie gegen das <b>CoronaVirus</b> geimpft?		
Waren Sie bereits an CoVid-19/ <b>Coronainfektion</b> erkrankt?		
Haben Sie in den letzten 4 Tagen einen <b>CoVidAg-Schnelltest</b> durchgeführt? War das Ergebnis <b>positiv</b> ?		
Waren Sie in den letzten 2 Wochen <b>verreist</b> ?		
Haben Sie eine <b>chronische Erkrankung</b> ?		
Haben Sie aufgrund einer Erkrankung ein <b>geschwächtes Immunsystem</b> bzw. nehmen Sie Medikamente, die das Immunsystem schwächen?		

Ich bin damit einverstanden, dass das Praxisteam mich telefonisch oder per E-Mail kontaktiert, um die weitere notwendige Therapie zu besprechen bzw. mir meine Test- oder Laborergebnisse zu übermitteln.

Berlin, den \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Unterschrift PatientIn