

## 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