

Ärztlicher Fragebogen (strukturierte Symptomerfassung)



Patient_in: _____ Geb. Datum _____.

Tel-Nr. für Rückruf: _____, Alternative Nummer _____.

Datum _____ Uhrzeit _____.

Symptomatik

	ja	nein	Schweregrad L (leicht), M (mittel), S (schwer)	seit wann?
plötzlicher Beginn				
Luftnot/Kurzatmigkeit ...in Ruhe				
... bei Belastung				
Fieber			max. _____ °C	
Beklemmungsgefühl				
Husten				
Gliederschmerzen				
Abgeschlagenheit				
Halsschmerzen/-Kratzen				
Schnupfen/Niesen				
Kopfschmerzen				
Durchfall/Bauchschmerz/Übelkeit				
Anosmie				
anderes*: _____.				

* z.B. ausgeprägte Schluckbeschwerden, Ausschlag etc.

Waren sie kürzlich verreist?	ja	nein	Ort:
Haben sie Kontakt mit einem Corona-Patienten (bestätigt/Verdacht) gehabt?			wer:
Haben Sie chronische Erkrankungen			welche:

Ärztlicher Fragebogen (strukturierte Symptomerfassung)



Nehmen Sie regelm. Medikamente			welche:
--------------------------------	--	--	---------

Angehöriger _____ .Maßnahme:_____ .