**. vom Patienten auszufüllen .**

Krankenkasse: Versicherungsnummer:

Name, Vorname:

Straße, PLZ, Wohnort:

Geburtsdatum: Telefonnummer:

Name/Ort Hausarzt: O Kirchener
 Gemeinschaftspraxis

Seit wann haben Sie die Beschwerden? Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O Fieber O Husten O Schnupfen

O Luftnot O Muskel-/ O Halsschmerzen O Riech-/ Geschmacks-

 Gelenkschmerzen störungen

O Kopfschmerzen O Erbrechen O Durchfall O Übelkeit

O Corona-Fälle im näheren Umfeld O Kontakt mit Corona-Patienten

O bedeutsame Vorerkrankungen:

O Medikamente:

O Sonstiges/Allergien

. vom Arzt auszufüllen .

**Abstrich** gemacht? O nein O ja Datum: O pos O negativ O noch kein Befund da

 **Quarantäne** seit: bis:

**Anamnese-** **Temp: O2Sätt (%): HF:**
**Untersuchungsbefund:**

**Diagnose:** O J06.9G (vir.Infekt) O U07.1G O J45.9G Asthma O J41.1G eitr. Bronchitis

 O J18.9G Pneumonie O U07.2G OJ44.9G COPD O T78.4 Allergie

 O B34.2V Corona Infekt. O J03.9G Tonsillitis O A09.9G GI O

**Procedere/Therapie**:  **Rp:** Kasse/P

**Sonstiges**: O **Überweisung an Fieberambulanz/Testzentrum** (Abstrich) Tel. 0800 99 00 400

(Pat macht Termin aus und gibt Rückmeldung an die Praxis über Befund)

 O Stat. Einweisung: O nein O ja, KH:

 O **AU** vom/bis: O zuschicken O holt Angehöriger i Praxis ab

 O holt Patient in der Infektambulanz ab