**. vom Patienten auszufüllen .**

Krankenkasse: Versicherungsnummer:

Name, Vorname: Körpergröße:

Straße, PLZ, Wohnort: Körpergewicht:

Beruf:

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 Covid O J45.9G Asthma O J41.1G eitr. Bronchitis

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

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

**Procedere/Therapie**: O Symptomatische Therapie

**Rp:** Kasse/P

O **Abstrich durchgeführt (Pat ruft nach 2 Tagen an)**

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

O AU Patient mitgegeben