Infektambulanz Patientenbogen

. 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-/ Gelenkschmerzen
O Halsschmerzen
O Riech-/ Geschmacks-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:
Quarantäne seit:
O pos
O negativ
bis:
O noch kein Befund da

_____

Anamnese-Untersuchungsbefund:

Temp:
O_2Sätt (%):
HF:

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

Datum + Unterschrift Arzt

Stempel:

V 9/2020_09