**. vom Patienten auszufüllen .**

Name, Vorname: Körpergröße:

Straße, PLZ, Wohnort: Körpergewicht:

Beruf:

Geburtsdatum: Telefonnummer:

Name/Ort Hausarzt: **O Kirchener
 Gemeinschaftspraxis**

Covid 19 Impfung erhalten: O Ja 1.Impfung O Nein

 O Ja 1.&2. Impfung

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

O Fieber O Husten O Schnupfen O Übelkeit

O Luftnot O Muskel-/ O Erbrechen O Riech-/ Geschmacks-

 Gelenkschmerzen störungen

O Kopfschmerzen O Halsschmerzen O Durchfall

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

O bedeutsame Vorerkrankungen: O Quarantäne seit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O Medikamente:

O Sonstiges/Allergien

**Abstrich** gemacht? O nein Datum: O poitiv O noch kein Befund da

 O ja O negativ

. vom Arzt auszufüllen .

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

**Diagnose:** O J06.9G vir.Infekt O J03.9G Tonsillitis O A09.9G Gastritis O J44.99G COPD

 O J18.9G Pneumonie O J 32.8G Sinusitis O K57.92G Divertikulitis O U07.1G Covid

 O J41.4 G eit.Bronchitis O A09.9G GI O T78.4G Allergie O B34.2VCorona Inf.

**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