

Infektambulanz Patientenbogen

vom Patienten auszufüllen

Name, Vorname:

Körpergröße:

Straße, PLZ, Wohnort:

Körpergewicht:

Beruf:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Name/Ort Hausarzt:

**O Kirchener
Gemeinschaftspraxis**

Covid 19 Impfung erhalten: Ja 1. Impfung Nein
 Ja 1.&2. Impfung

Seit wann haben Sie die Beschwerden? Datum: _____

Fieber Husten Schnupfen Übelkeit
 Luftnot Muskel-/ Gelenkschmerzen Erbrechen Riech-/ Geschmacksstörungen
 Kopfschmerzen Halsschmerzen Durchfall

Corona-Fälle im näheren Umfeld

Kontakt mit Corona-Patienten

bedeutsame Vorerkrankungen:

Quarantäne seit: _____

Medikamente:

Sonstiges/Allergien

Abstrich gemacht? nein ja Datum: _____ positiv negativ noch kein Befund da

vom Arzt auszufüllen

**Anamnese-
Untersuchungsbefund:**

Temp:

O₂Sätt (%):

HF:

Diagnose: J06.9G vir. Infekt J03.9G Tonsillitis A09.9G Gastritis J44.99G COPD
 J18.9G Pneumonie J32.8G Sinusitis K57.92G Divertikulitis U07.1G Covid
 J41.4 G eit. Bronchitis A09.9G GI T78.4G Allergie B34.2V Corona Inf.

Procedere/Therapie: Symptomatische Therapie

Rp: Kasse/P

Abstrich durchgeführt (Pat ruft nach 2 Tagen an)

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

Datum + Unterschrift Arzt

Stempel: