

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

Ja 1.&2. Impfung

-> 2. Impfung wann? _____

3. Impfung

-> 3te Impfung wann _____

4. Impfung

-> 4te Impfung wann? _____

genesen

keine Impfung

Seit wann haben Sie die Beschwerden? Datum: _____

Fieber

Husten

Schnupfen

Übelkeit

Luftnot

Muskel-/
Gelenkschmerzen

Erbrechen

Riech-/
Geschmacks-
störungen

Kopfschmerzen

Halsschmerzen

Durchfall

Müdigkeit/
Erschöpfung

Corona-Fälle im näheren Umfeld

Kontakt mit Corona-Patienten

bedeutsame Vorerkrankungen:

Quarantäne seit: _____

Medikamente:

Sonstiges/Allergien

Schnelltest gemacht? nein ja

Datum: _____

positiv

negativ

vom Arzt auszufüllen

**Anamnese-
Untersuchungsbefund:**

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 in Praxis ab

AU Patient mitgegeben

Datum + Unterschrift Arzt

Stempel: