

Liebe*r Patient*in,
 bitte fülle diesen Fragebogen in umgehend aus und lese dann bitte den beiliegenden Infozettel.

Datum:Name:Vorname: Geburtsdatum:
 Tel-Mobil:Festnetz:.....E-Mail (wichtig!.....

Für Vertretungspatienten: Mein Hausarzt ist: in:
 Meine Chipkarte habe ich beigefügt wurde dieses Quartal schon eingelesen

Ungeschützter Kontakt mit folgender Corona-positiv getesteter Person:

Kontakt-Datum: **Kontakt-Dauer:**min. **Abstand während des Kontaktes:**m.

Corona-Abstrich bei mir schon erfolgt am: Ergebnis: negativ (= kein Corona) positiv

ich arbeite als:in..... **komme dabei mit vielen Menschen in Kontakt:**

ja **nein** Menschenkontakt bei Arbeit oft näher als 1,5 m: ja nein oft länger als 0,5 h: ja nein

bei Arbeit oft in ungelüfteten/selten belüfteten Räumen mit vielen Menschen: ja nein

Der Beginn meiner Erkrankung war: (damit ist das allererste Symptom gemeint)

abrupt am, um ca. Uhr

allmählich vor ca. Tagen, also ca. am:.....(Datum)

Es trat eine deutliche Verschlechterung, meiner Symptome auf, seit:

Bitte gib jetzt die Reihenfolge des Auftretens deiner Symptome mit Zahlen in den Kästchen an!

(1 für die zuerst auftretenden Symptome, 2 für spätere, 3 für noch spätere, usw. Kästchen leer lassen, wenn ein Symptom gar nicht auftrat.)

LUFTNOT **Fieber (>38,5°C)** **starker Husten** **Störung von Geruch u./o. Geschmack** Schüttelfrost

starke SCHWÄCHE Gliederschmerzen Kopfschmerzen Schnupfen Niesen Durchfall Übelkeit

Hautausschlag Schmerzen , wenn ja, wo:

Bitte kreuze jetzt alle **Symptome** entsprechend ihrem **Schweregrad** an und addiere unten die Punktzahl.

1. **ATEMNOT:** keine 0 1 **2** **3** **4** **5** starke Atemnot

2. **Fieber in °C:** unter 37 bis 38,5 **bis39** **bis 39,5** **bis40** **über40**

3. **Husten:** keiner 0 1 2 3 **4** **5** **stark**

4. **Störung von Geruch u./o. Geschmack** keine 0 1 2 3 4 5 stark

5. Schwäche: keine 0 1 2 3 4 5 total schlapp

6. Schnupfen: keiner 0 1 2 3 4 5 starker Schnupfen, Nase meist zu

7. Auswurf: keiner, 0 1 2 3 4 5 stark, dunkel, grün, gelb (bitte Farbe unterstreichen)

Schluckschmerzen im Hals: 0 1 2 3 4 5 starke Halsschmerzen

GESAMTPUNKTZAHL:

ATEMNOT-TEST: Bitte trage hier ein, wie viele Atemzyklen pro Minute du atmest. Atme dazu ganz ruhig und entspannt eine Minute ein und aus **und zähle jeden Einatemzug mit!**

Meine Atemfrequenz AF/min ist:

HERZFREQUENZ-TEST bitte miss deinen Puls eine Minute lang und trage den Wert hier ein: HF...../min

Mein Puls fühlte sich rhythmisch, gleichmäßig oder: unrhythmisch, ungleichmäßig an.

VALSALVATEST: Bitte halte deine Nase fest zu und versuche, so stark wie möglich dagegen zu pressen (sog. Druckausgleich, Valsalva-Manöver, wie beim Tauchen oder beim Landen mit dem Flugzeug):

Welches Ohr geht auf (Knacken, Pfeifen)? rechts links (normalerweise beide bei starkem Pressen)

Seite 2: Name:/Vorname:(bitte nochmal eintragen!!!)

Ich benötige:

- Eine Krankschreibung (wir stellen dir erst mal eine 7 Tage-AU aus)
- Einen Schnelltest
- Einen PCR-Test

Deine Stammapotheke, von der du ggf. Medikamente liefern läßt, ist die:

- Apotheke am Einkaufsmarkt (Lidl) Löwenapotheke (Markt) Sonstige.....

Deine Anmerkungen:

.....
.....
.....

AB HIER NUR VON PRAXIS-PERSONAL AUSZUFÜLLEN!

- KVK ist eingesehen

Befund (wird von Doc eingetragen):

Allgem. Eindruck/AZ: gut leicht reduziert deutlich reduziert

LUNGE: RGs: keine ODER: basal MG OG re li ohrnah knisternd feucht

Spastik: keine leichte mittlere starke. **SAUERSTOFFSÄTTIGUNG:%, PULS:/min,**
.....rhythmisch

Rachen: nicht gerötet gerötet stark gerötet mit Pus belegt

LKsKW: keine tastbar druckdolent re li **TEMP:°C** (im Ohr)

Cor: kein Geräusch ODER:

RKI-Testkriterium liegt vor: JA NEIN

Schnelltest wurde angeboten: JA NEIN

Patient hat Corona-App: JA NEIN

Test durchgeführt: PCR: JA NEIN AG-Schnelltest: JA NEIN

V20210420