

## INFEKT-FRAGEBOGEN - Hausarztpraxis Mäder

Liebe\*r Patient\*in,  
bitte fülle diesen Fragebogen umgehend aus und sende ihn uns per E-Mail zu.

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

CORONA-STATUS:

Anzahl Corona-Schutz-Impfungen bisher: ..... Letzte erfolgt am: .....

Anzahl Corona-Genesungen (auch „inoffizielle“ bisher: ..... Letzte Genesung am: .....

**Aktuelle Selbsttest-durchgeführt:** nein  ja  falls ja, Ergebnis: .....

**Ungeschützter Kontakt mit folgender Corona-positiv getesteter Person:** .....

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

Ich arbeite als: .....bei .....Tel. der Arbeitsstelle.....

**Ich komme bei meiner Arbeit mit vielen Menschen in Kontakt:** nein  ja  falls ja:

Die Kontakte sind oft näher als 1,5 m: ja  nein  oft länger als 0,5 h: ja  nein

Ich arbeite oft in ungelüfteten/selten belüfteten Räumen mit vielen Menschen: ja  nein

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

**abrupt** am .....(Wochentag und Datum) , um ca. .... Uhr

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

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

Bitte **nummeriere die Reihenfolge Deiner Symptome** (d.h. 1 für das Symptom, dass zuerst auftrat, 2 für das folgende, etc. ) **und kreuze jeweils den Schweregrad** an:

**Reihenfolge Nr:**     **Symptome mit Schweregrad:**

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

...     Kopf- und/oder Gliederschmerzen: keine 0  1  2  3  4  5  stark

...     Schwäche („babsch“): keine 0  1  2  3  4  5  total schlapp

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

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

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

...     **Fieber in °C:** unter 37  bis 38,5  **bis 39  bis 39,5  bis 40  über 40**

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

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

...     Durchfall:  Übelkeit:  Sonstiges, wenn ja, was? .....

**GESAMTPUNKTZAHL (Schweregrad) :** .....

**Bitte führe jetzt noch 4 Tests durch und notiere das Ergebnis (diese Test sind wichtig und helfen, den Schweregrad der Erkrankung einzuschätzen) b.w.**

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

**1. ATEMFREQUENZ-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:** .....

**2. Sauerstoff-Sättigungstest (falls Pulsoximeter vorhanden) : Meine o2-Sättigung beträgt.....%.**

**3. 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.

**4. 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)

**Achtung:** Krankheit allein, Husten und Schnupfen etc. sind kein Grund, unfähig zum Arbeiten zu sein.

Deshalb begründe bitte im Folgenden, warum du meinst, unfähig zu jeglicher Arbeit zu sein:

Ich fühle mich aus folgendem Grund völlig unfähig zu jeglicher Arbeit und Homeoffice:

.....

**Ich glaube, dass ich eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung benötige:** ja  nein

Wenn ja, ab: .....(Wochentag, Datum) . Regelmäßig Arbeit am Samstag u/o. Sonntag? ja  nein

Ich arbeite als: .....bei:..... Home-Office ist möglich ja  nein

**Ich bin an einer Thrombose-Vorbeugung/Prophylaxe interessiert:** ja  nein

**Meine Stammapotheke** (von der du ggf. Medikamente liefern lässt, wo du eine Kundenkarte hast), ist die:

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

**Hier noch Platz für weitere Anmerkungen, was Dir wichtig ist:**

.....  
.....

**AB HIER NUR VON PRAXIS-PERSONAL AUSZUFÜLLEN!**

KVK ist eingelesen. JA  NEIN  Test bereits vorhanden: JA  NEIN

**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. Herzgeräusch: JA  NEIN

**Rachen:**  nicht gerötet  gerötet stark gerötet  mit Pus belegt

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

Cor:  kein Geräusch  ODER: ..... Valsalva-Manöver geht: JA  NEIN

RKI-Testkriterium liegt vor: JA  NEIN

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

**Anweisung an Schwester: AU:** von: ..... bis ....., **Hausrezept:** ja  nein

**Sonstiges Rezept:**.....