

## INFEKT-FRAGEBOGEN - Hausarztpraxis Mäder

Liebe\*r Patient\*in,

bitte fülle diesen Fragebogen zuhause, vor Aufsuchen der Praxis aus und bringe ihn ausgedruckt zur Akutsprechstunde mit. **Wenn möglich vorab eine Mail mit dem Betreff „INFEKT“ und deinem Namen senden.** Den Bogen bitte nicht senden sondern mitbringen. **Im Wartezimmer bitte eine MASKE tragen.**

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

**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 (vertikale, blaue Reihe) Deiner Symptome** (d.h. 1 für das Symptom, dass zuerst auftrat, 2 für das folgende, etc. ) **und kreuze den Schweregrad** (Symptomzeilen) an:

**Reihenfolge Nr:**      **Schweregrad:**

- Schluckschmerzen im Hals:** 0  1  2  3  4  5  starke Halsschmerzen  
 Kopfschmerzen: keine 0  1  2  3  4  5  stark  
 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,  
Farbe des Auswurfs: hell/weiß  gelblich  dunkel-gelb  grün  rot  dunkel   
 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 (läuft ständig)  
Nasatmung meist frei  wechselnd  meist stark erschwert (Nase „zu“)

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

**Zusatz-Symptome:** Durchfall:  Übelkeit:  Sonstiges, wenn ja, was? .....

Ich habe einen Corona-Selbsttest-durchgeführt: nein  ja  Falls ja: negativ  positiv

**Wir bitten dich die folgenden 3 Tests selbst durchzuführen:**

**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. Pulst-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.

**3. 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)

**Bitte fülle jetzt noch die Rückseite bzw. 2. Seite aus!**

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

### AU (Arbeitsunfähigkeits-Urkunde)

**Achtung:** Krankheit allein, Husten und Schnupfen etc. bedeuten nicht, dass man unfähig zum Arbeiten ist. Es kommt auf die Art der Arbeit und die Beschwerden an. Deshalb begründe bitte im Folgenden, warum du meinst, unfähig zu der von dir geschuldeten Arbeit zu sein:

*Ich fühle mich aus folgendem Grund unfähig die von mir geschuldeten Arbeit zu erbringen:*

..... I Ich kann auch nicht leichtere Tätigkeiten (z.B. im Home-Office) erbringen, weil:

**Ich glaube, dass ich eine Arbeitsunfähigkeits-Urkunde 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

Enger Kontakt bei Arbeit mit Menschen, die bei Infekten besonders gefährdet sind: ja  nein

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

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

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

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

Fragebogen ausgefüllt am: ....., um..... Uhr.

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

KVK ist eingelesen. 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

**Anweisung an Arzthelferin: AU:** ab Datum: .....für ..... Tage.

**Hausrezept:**

**Hyperthermiebehandlungsrezept:**