

Klinik / Praxis

Patientendaten:

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

bitte füllen Sie die folgenden Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese) sorgfältig aus. Ihre Informationen sind wichtige Hinweise für den Arzt, um die Wahrscheinlichkeit einer COVID-19-Infektion abzuschätzen.

Geschlecht:  m /  w, Alter: \_\_\_\_\_ Jahre, Gewicht: \_\_\_\_\_ kg, Größe: \_\_\_\_\_ cm, Beruf: \_\_\_\_\_

**An welchen Symptomen leiden Sie aktuell?****Fieber**  ja  nein

Wenn ja, seit  1 Tag  2 Tagen  bis 1 Woche  länger  
 bis 38°C  bis 39°C  bis 40°C  über 40°C

**Husten**  ja  nein

Wenn ja, seit  1 Tag  2 Tagen  bis 1 Woche  länger  
 leicht  mittel  stark

**Haben Sie Auswurf beim Husten?**  ja  nein

gelb  grün  rot  weiß

**Halsschmerzen**  ja  nein

Wenn ja, seit  1 Tag  2 Tagen  bis 1 Woche  länger  
 leicht  mittel  stark

**Atemnot**  ja  nein

Wenn ja, seit  1 Tag  2 Tagen  bis 1 Woche  länger  
 in Ruhe  unter leichter Belastung  unter schwerer Belastung

**Gliederschmerzen**  ja  nein

Wenn ja, seit  1 Tag  2 Tagen  bis 1 Woche  länger  
 leicht  mittel  stark

**Durchfall**  ja  nein

Wenn ja, seit  1 Tag  2 Tagen  bis 1 Woche  länger  
 leicht  mittel  stark

**Übelkeit/Erbrechen**  ja  nein

Wenn ja, seit  1 Tag  2 Tagen  bis 1 Woche  länger  
 leicht  mittel  stark

**Schnupfen**  ja  nein

Wenn ja, seit  1 Tag  2 Tagen  bis 1 Woche  länger  
 leicht  mittel  stark

**Kopfschmerzen**  ja  nein

Wenn ja, seit  1 Tag  2 Tagen  bis 1 Woche  länger  
 leicht  mittel  stark

**Müdigkeit/Abgeschlagenheit**  ja  nein

Wenn ja, seit  1 Tag  2 Tagen  bis 1 Woche  länger  
 leicht  mittel  stark

**Verminderter Geruchs-/Geschmackssinn**  ja  nein

Wenn ja, seit  1 Tag  2 Tagen  bis 1 Woche  länger  
 leicht  mittel  stark

Andere: \_\_\_\_\_

**Plötzlicher Krankheitsbeginn?**  ja  nein

(innerhalb 1 Tages)

**Seitdem Zunahme der Symptome?**  ja  nein**Leiden Sie an:****Diabetes**  ja  nein**Bluthochdruck**  ja  nein**Lungenerkrankung**  ja  nein**Tumorerkrankung**  ja  nein**Andere akute oder chronische Erkrankungen?**  ja  nein

Bitte kurz beschreiben: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie immunsupprimierende Medikamente?**

(z. B. auf Grund einer Autoimmunerkrankung wie Rheuma oder einer Organtransplantation, Chemotherapie)

 ja  nein**Sind Sie schwanger?**  nicht sicher  ja  nein**Rauchen Sie?**  ja  nein

Wenn ja, was und wie viel täglich: \_\_\_\_\_

**Waren Sie in den letzten 3 Wochen im Ausland?**  ja  nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Rückkehr vor \_\_\_\_\_ Tagen.

**Hatten Sie Kontakt mit einem Corona-Infizierten?**  ja  nein

Wenn ja, vor \_\_\_\_\_ Tagen.

**Hatten Sie Kontakt mit einer Person mit Corona-Verdacht?**  ja  nein

Wenn ja, vor \_\_\_\_\_ Tagen.

**Mit vielen Personen haben Sie täglich Kontakt?** keiner  1-3  4-10  >10**Wurden Sie in dieser Saison gegen Influenza (Grippe) geimpft?**  ja  nein**Sind Sie gegen Pneumokokken geimpft?**  ja  nein