

Ärztlicher Fragebogen (strukturierte Symptomerfassung)



Patient_in: _____ Geb. Datum _____.

Tel-Nr. für Rückruf: _____.

Symptombeginn am: _____.

Covid-19-Testung veranlasst (j/n) _____.

Symptomatik

Datum/Uhrzeit _____.

	ja	nein	Schweregrad L (leicht), M (mittel), S (schwer)	seit wann?
plötzlicher Beginn				
Luftnot/Kurzatmigkeit ...in Ruhe				
... bei Belastung				
Fieber			max. _____ °C	
Beklemmungsgefühl				
Husten				
Geruchs- /Geschmacksstörung**				
Gliederschmerzen				
Abgeschlagenheit				
Halsschmerzen/-Kratzen				
Schnupfen/Niesen				
Kopfschmerzen				
Durchfall/Bauchschmerz/Übelkeit				
anderes*: _____.				

* z.B. Erbrechen, ausgeprägte Schluckbeschwerden, Ausschlag, etc.

** Anosmie

Kontakt mit einem Corona-Patienten (bestätigt/Verdacht) / Reise in Risikogebiet			wer/wo
Haben Sie chronische Erkrankungen			welche:
Nehmen Sie regelm. Medikamente			welche:

Angehöriger _____ Maßnahme: _____.