

Anamnesebogen

Grippaler Infekt / Influenza / Corona

Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Name: _____

Geb.-Dat.: _____

Beschwerdebild (rot = Pflichtfrage)

Symptom	Ja	Nein	Schweregrad			Symptombeginn	
			leicht	mittel	schwer		
Plötzlicher Krankheitsbeginn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Akute Luftnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
→ in Ruhe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
→ bei Belastung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	max.	°C
Abgeschlagenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Gliederschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Halsschmerzen /-kratzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Schnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Sonstiges (z. B. Schluckbeschwerden, Ausschlag):

Weitere Anamnese (rot = Pflichtfrage)

Waren Sie kürzlich verreist? nein ja, wo?

Haben Sie sich in einem Risikogebiet für Coronavirus aufgehalten? nein ja, wo?

Haben Sie Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt? nein ja, wo?

Haben Sie Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona-Verdacht besteht? nein ja, wo?

Haben Sie chronische Erkrankungen? nein ja, welche?

Haben Sie aufgrund einer Erkrankung ein geschwächtes Immunsystem? nein ja, welche Erkrankung?

Raum für persönliche Anmerkungen

Datum

Unterschrift Patient/in bzw. des gesetzlichen Vertreters/Sorgeberechtigten