



NAME und Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Ich stimme der Nutzung meiner Daten (s. ausgehändigtes Datenschutzblatt) zu:

Weitenung, \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

**Vorstellungsgrund:**

I. **Krankheitssymptome:**  
 **Nein**

- |   |   |   |       |            |
|---|---|---|-------|------------|
| <input type="radio"/> <b>Ja</b> , und zwar: | <input type="radio"/> <b>Husten</b>               | <input type="radio"/> <b>Durchfall</b>      | 88240 | <b>10C</b> |
|   | <input type="radio"/> <b>Fieber (über 38,5 C)</b> | <input type="radio"/> <b>Geruchsverlust</b> | 32006 |            |
|   | <input type="radio"/> Fließschnupfen              | <input type="radio"/> Halsschmerzen         |       |            |
|   | <input type="radio"/> verstopfter Nase            | <input type="radio"/> Kopfschmerzen         |       |            |
|   | <input type="radio"/> Übelkeit                    | <input type="radio"/> Erbrechen             |       |            |

und/  **Kontakt** zu einer **im Labor bestätigten COVID-19-positiv getesteten** Person in  
oder  Familie  Beruf  sonstiges: \_\_\_\_\_ **Muster OEGD**

II.  **Warnung Corona-App (Meldung „erhöhtes Risiko“)**..... **32006 10C**

**Nach Aufforderung durch das Gesundheitsamt**..... **99533 OEGD**

**Nur bei Privatpatienten neuen Schein anlegen auf Land BW: VKNR: 61900, IK: IK1000 61 900, PLZ d. Patienten auf dem Schein eintragen, bei allen anderen Formulkopf d.Pat. auf das **Muster OEGD** aufdrucken, entsprechend ankreuzen und ausfüllen. Ziffer 99531, Dg.: U99.0G**

**a) Reiserückkehrer**  
Reiseland: \_\_\_\_\_ Einreise nach D (Datum): \_\_\_\_\_  
 **weniger** als 72 h vor Testung  
 **mehr** als als 72 h vor Testung

**b) Vor Aufnahme in eine Pflege-/Behinderteneinrichtung:...**Ziffer 99531, , Dg.: U99.0G **Muster OEGD**

**c) Erweiterte Teststrategie Land:**  Lehrer **Muster OEGD**  
 sonstiges: \_\_\_\_\_ Ziffer 99531 U99.0G + Z11G

**d) Privates Interesse (Selbstzahlerleistung):**..... **Privat**

**Relevante Vorerkrankungen:**

- COPD  Asthma  Diabetes  Rheuma  Krebsleiden  art. Hypertonie  
 Schlaganfall/Apoplexie  KHK / nach Myokardinfarkt  
 sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Allergien: \_\_\_\_\_

## Vom Arzt auszufüllen:

### Befund der körperlichen Untersuchung:

**AZ:**  gut  leicht  mittel  schwer red. AZ

**EZ:**  gut  leicht  mittel  schwer adip. EZ  schlank  kachektisch

**Cor:**  rhythmisch  arryth.  nf  tachy  brady  HT rein  sonst: \_\_\_\_\_

**Pulmo:**  vesikul. AG  abgeschw. AG  trockene RG  feuchte RG  
 Stridor  Giemen  Brummen rechts / links oben/unten

**Mundhöhle:**  feucht  trocken  Aphten  Himbeerzunge  glatte Zunge  
 abstreifbare Beläge  nicht abstreifbare Beläge

**Rachen:**  oB  Mandeln rot / dick / eitrig

**Abdomen:** .....

**RR:** ...../..... mmHg, Puls: ...../min

**Temperatur:** .....°C

### Diagnose:

V. a. grippaler Infekt

V. a. Corona  U07.1

V. a. Pneumonie ( links  rechts  beidseitig)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Therapie/Rezept:

Infos Hygiene und Abstandregeln

Infos häusliche Quarantäne

rot: \_\_\_\_\_  grün: \_\_\_\_\_  blau: \_\_\_\_\_

rot: \_\_\_\_\_  grün: \_\_\_\_\_  blau: \_\_\_\_\_

### Prozedere für Praxis:

Abstrich auf

SARS-Covid-19  Influenza  Screening  Streptokokken

sonstiges: \_\_\_\_\_

Überweisung zu: \_\_\_\_\_

Stat. Einweisung:  nein  ja, wohin? \_\_\_\_\_

AU: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Bestätigte Diagnose:

Influenza

SARS-Covid-19 U07.1 G mit Z22.8 G (  negativer Test: U99. G und Z11 G)

Pneumonie ( links  rechts  beidseitig)

Streptokokken-Angina

Mononukleose

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Arztes