



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"/> Ja , und zwar: | <input type="radio"/> Husten | <input type="radio"/> Durchfall | 88240 10C |
| | <input type="radio"/> Fieber (über 38,5 C) | <input type="radio"/> Geruchsverlust | 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*

wann war letzter Kontakt zu dieser Person: _____

- II. **Warnung Corona-App (Meldung „erhöhtes Risiko“)**..... 32006 10C
- Nach Aufforderung durch das Gesundheitsamt**..... 99531 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: _____

Name des Patienten:.....

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