Dr. med. Markus Becker

Facharzt für Allgemeinmedizin, Notfall- und Palliativmedizin
Qualitätszirkelleiter
Weiterbildungsbeauftragter der Uni Heidelberg und Freiburg
Emeritierter Gründungsvorstand Ärztenetz Mittelbaden e.V.

Ottenhofener Straße 2A, 77815 Bühl
Tel.: 07223/58464 - Fax.: 07223/58567
praxis_becker@web.de - www.dr-becker-weitenung.de

NAME, Vorname _____ **Geburtsdatum:** _____

Telefonnummer: _____ **Hausarzt:** _____

Vor dem Abstrich: Bitte nicht rauchen +++ keinen Kaugummi kauen +++ keinen Bonbon lutschen !!!

Weitenung, _____
Ort, Datum — Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

==========

Vorstellungsgrund:

I.Krankheitssymptome:

O **Nein**

O **Ja,** und zwar:

- O **Husten**
- O **Fieber (über 38,5°C)**
- O Fließschnupfen
- O verstopfte Nase
- O Übelkeit
- O **Durchfall**
- O **Geruchsverlust**
- O Halsschmerzen
- O Kopfschmerzen
- O Erbrechen

Wurden Sie geimpft? O Nein O ja O 1. Impfung O 2. Impfung O 3. Impfung O 4. Impfung

mit: Auswahl treffen | Auswahl treffen | Auswahl treffen | Auswahl treffen

am: _____ _____ _____ _____

Wurden Sie getestet? O Nein O Ja, am _____

Mit welchem Test?

O **PCR-Test**
Ergebnis: O positiv O negativ

O **Schnelltest**
Ergebnis: O positiv O negativ

O **Kontakt** zu einer **im Labor bestätigten** COVID-19-positiv getesteten Person in

O Familie O Beruf O Sonstiges

Und/oder

Wann war der letzte Kontakt zu dieser Person: _____

II.

O **Warnung Corona-App (Meldung** "erhöhtes Risiko")

O **Nach Aufforderung durch das Gesundheitsamt**

III. Andere Gründe

O **a) Aufnahme in einer Pflege-/ Behinderteneinrichtung**

O **b) Privates Interesse (Selbstzahlerleistung)** _____

Relevante Vorerkrankungen:

O COPD O Asthma O Diabetes O Rheuma O Krebsleiden O art. Hypertonie
O Schlaganfall/ Apoplexie O KHK/ nach Myokardinfarkt
O Sonstiges: _____

O Allergien: _____

Dr. med. Markus Becker

Facharzt für Allgemeinmedizin, Notfall- und Palliativmedizin
Qualitätszirkelleiter
Weiterbildungsbeauftragter der Uni Heidelberg und Freiburg
Emeritierter Gründungsvorstand Ärztenetz Mittelbaden e.V.

Ottenhofener Straße 2A, 77815 Bühl
Tel.: 07223/58464 - Fax.: 07223/58567
praxis_becker@web.de - www.dr-becker-weitenung.de

Name, Vorname des Patienten: **Vom Arzt auszufüllen**	

Befund der körperlichen Untersuchung:

AZ: ○ gut ○ leicht ○ mittel ○ Schwer red. AZ
EZ: ○ gut ○ leicht ○ mittel ○ Schwerer 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
○ SPO_2-Wert 95% % ○ 99 ○ 98 ○ 97 ○ 96 ○ 95

Mundhöhle: ○ feucht ○ trocken ○ Aphten ○ Himbeerzunge ○ glatte Zunge

Rachen: ○ oB ○ Mandeln rot/ dick/ eitrig

Abdomen: _____

RR: _____ / _____ mmHg Puls: _____ /min.

Temperatur: _____°C

Diagnose:

○ V. a. grippaler Infekt
○ V. a. Corona O U07.1
○ V. a. Pneumonie ○ links ○ rechts ○ beidseitig
○ sonstiges

Therapie/ Rezept:

○ **Infos Hygiene und Abstandsregeln**
○ **Infos häusliche Quarantäne**

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 Z22.8G ○ Negativer Test: U99. G und Z11G
○ Pneumonie ○ links ○ rechts ○ beidseitig
○ Streptokokken-Angina
○ Mononukleose
○ Sonstiges: _____

_____
Datum und Unterschrift des Arztes