



NAME, Vorname _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Hausarzt: _____

Weitenung,

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Vorstellungsgrund:

I. Krankheitssymptome:

Nein

Ja, und zwar:

Husten

Fieber (über 38,5°C)

Fließschnupfen

verstopfte Nase

Übelkeit

Durchfall

Geruchsverlust

Halsschmerzen

Kopfschmerzen

Erbrechen

Gab es bereits einen jetzt aktuellen Coronatest?

Nein

Ja, am

Ergebnis

positiv

negativ

Und/

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

Familie

Beruf

Sonstiges

oder

Wann war der letzte Kontakt zu dieser Person:

II. Warnung Corona-App (Meldung „erhöhtes Risiko“)

Nach Aufforderung durch das Gesundheitsamt

a) Reiserückkehrer

Reiseland:

Einreise nach Deutschland (Datum):

weniger als 72 H vor Testung

Mehr als 72 H vor Testung

b) Vor Aufnahme in eine Pflege-/ Behinderteneinrichtung

c) Erweiterte Teststrategie Land:

Lehrer

Sonstiges

d) Privates Interesse (Selbstzahlerleistung)

Relevante Vorerkrankungen:

COPD

Asthma

Diabetes

Rheuma

Krebsleiden

art. Hypertonie

Schlaganfall/ Apoplexie

KHK/ nach Myokardinfarkt

Sonstiges:

Allergien:



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

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

 Datum und Unterschrift des Arztes