

NAME: _____ geb. Dat. _____

ANAMNESEBLATT – GRUND FÜR IHREN HEUTIGEN ARZTBESUCH:

OHR:

links rechts

Schmerzen

Ohr rinnt

Ohrgeräusch

Hörminderung

Verstopft

Ohrdruck

Ohrjucken

Hörtest

Andere Beschwerden:

NASE:

verstopft

Nase rinnt

Schnarchen

Nasenkrusten

Nasenschmerzen

Allergie

SCHWINDEL

HALS:

Schmerzen

Schluckbeschwerden

Heiserkeit

Husten

Atembeschwerden

RISIKOERHEBUNG CORONAVIRUS

1. Leiden oder litten Sie während der letzten 7 Tage an folgenden Symptomen:

Husten	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	seit:
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	seit:
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	seit:
Fieber	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	seit:
Riechstörung	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	seit:
Geschmacksstörung	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	seit:
Durchfall	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	seit:

2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer bestätigten oder wahrscheinlich/möglicherweise an Coronavirus erkrankten Person?

JA NEIN

3. Wurde bei Ihnen bereits ein Corona-Test (PCR) durchgeführt?

NEIN

JA Datum: Ergebnis: NEG POS

Ihre Angaben dienen dazu, um Corona-Verdachtsfälle zu erkennen und damit andere Patienten sowie die Mitarbeiter in der Ordination schützen zu können.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum: _____ Unterschrift: