

NAME: Geb.Dat:

**ANAMNESE: Bitte HNO-Beschwerden ~~Ø~~ ankreuzen und den
HAUPTGRUND für den HEUTIGEN Arztbesuch einringeln**

OHR: links rechts

- Ohren reinigen lassen
- Schmerzen
- Ohr rinnt
- Ohrgeräusch
- Hörminderung
- Ohrjucken
- Ohrdruck
- Hörtest

NASE:

- Schmerzen
- Nase rinnt
- Schnarchen
- Nasenkrusten
- Nasenschmerzen
- Allergie

HALS:

- Krebsvorsorge
- Schluckbeschwerden
- Heiserkeit
- Husten
- Befundbesprechung

Andere Beschwerden:

Schwangerschaft oder Stillperiode? NEIN JA

RISIKOERHEBUNG CORONAVIRUS

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

- | | | | |
|-------------------|----------------------------|--------------------------|-------|
| Husten | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> JA | seit: |
| Halsschmerzen | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> JA | seit: |
| Kurzatmigkeit | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> JA | seit: |
| Fieber | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> JA | seit: |
| Riechstörung | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> JA | seit: |
| Geschmacksstörung | <input type="radio"/> NEIN | <input type="radio"/> JA | seit: |

2. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt mit einer an Corona erkrankten Person?

NEIN JA

3. Hatten Sie bereits Corona?

NEIN JA

4. Gegen Corona geimpft?

NEIN JA

5. Aktueller PCR-Coronatest

NEIN JA => Datum?

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum: Unterschrift: