

NAME:

ADRESSE:PLZ: ____ _

TEL:HAUSARZT:

ANAMNESEBLATT – GRUND FÜR IHREN HEUTIGEN ARZTBESUCH:

OHR:

links rechts

Schmerzen

Ohr rinnt

Ohrgeräusch

Hörminderung

Verstopft

Ohrdruck

Ohrjucken

Hörtest

NASE:

verstopft

Nase rinnt

Schnarchen

Nasenkrusten

Nasenschmerzen

Allergie

HALS:

Schmerzen

Schluckbeschwerden

Heiserkeit

Husten

Atembeschwerden

Andere Beschwerden:

FÜR FRAUEN:

Sind Sie aktuell schwanger? NEIN UNSICHER JA: SSW _____

Stillperiode? NEIN JA

AKUTE SYMPTOME:

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

Husten NEIN JA seit:

Halsschmerzen NEIN JA seit:

Kurzatmigkeit NEIN JA seit:

Fieber NEIN JA seit:

Krankheitsgefühl NEIN JA seit:

Gibt es einen aktuellen Covid-Test? NEIN JA => Datum: _____

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum: Unterschrift: