

Anamnesebogen bei Erkältungsbeschwerden

Wenn Sie unter Erkältungsbeschwerden leiden, füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden es an die Praxis. Dies gilt auch, wenn Sie die Praxis persönlich aufsuchen möchten. Ihre detaillierten Angaben erlauben uns, ihren Besuch bestmöglich vorzubereiten. Kommen Sie bitte zeitnah in die Akutsprechstunde und melden Sie sich bitte persönlich an. Je nach Aufkommen kann eine längere Wartezeit entstehen. Um weitere Patienten weitestgehend nicht zu gefährden, ist es teilweise erforderlich, außerhalb der Praxisräume zu warten. Sie erhalten einen Benachrichtigungs-Pieper, der Sie aufruft zügig in den hinteren Teil der rechten Praxis zu gelangen, wo die Behandlung erfolgt. Sie benötigen aufgrund Ihrer Beschwerden eine Krankschreibung („AU“)? Aufgrund der geltenden Bestimmungen, ist dies telefonisch möglich. Die Bescheinigung kann zum Ende der Sprechstundenzeit abgeholt werden. **Denken Sie bitte an Ihre Versicherungskarte.**

Grippe / Corona

Haben Sie bereits einen Corona-Test gemacht?

- Ja
- Schnelltest Ergebnis _____
- PCR-Test Ergebnis _____
- (Bitte mitbringen, um das Zertifikat zu erhalten)

Nein

Besitzen Sie eine aktuelle Gripeschutzimpfung?

- Ja, am _____
- Nein

Wurden Sie bereits gegen Corona geimpft?

- Ja 1. Impfung
2. Impfung
3. Impfung
4. Impfung

Nein

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Corona-/Grippe-Erkrankung?

- Ja, am _____
- Nein

Akute Erkältungsbeschwerden

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Haben Sie **Husten**?

- Ja
- trocken fest sich lösend
- mit Auswurf Farbe: _____
- Nein

Haben Sie **Fieber** (Temperatur über 38,5° C)?

- Ja Nein

Haben Sie **Muskel-/Knochen-/Gelenkschmerzen**?

- Ja Nein

Haben Sie **Schnupfen**?

- Ja Nein

Haben Sie **Kopfschmerzen**?

- Ja Nein

Haben Sie **Halsschmerzen, Halskratzen oder Schluckbeschwerden**?

- Ja Nein

Haben Sie **Atemnot, fehlende Belastbarkeit**?

- Ja Nein

Haben Sie **Magen-Darm-Beschwerden, Durchfall, Übelkeit, Erbrechen**?

- Ja Nein

Sonstige Beschwerden (z.B. **Geschmacksstörungen**)

Weitere Informationen

Vorname, Nachname

Telefon (Mobil)

Beruf

Arbeitszeiten (Nachts/am Wochenende?)

Ich benötige eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)

- Ja, ab dem (Datum)
- Nein

Ort, Datum, Unterschrift