KinderArztPraxis

Dr. med. Marina Marten

Name Patient: _____ Datum: _____

Symptome: **Seit wann besteht der Infekt?** _____

O Husten O Halsschmerzen O Schnupfen O Fieber

O Ohrschmerzen O Bauchschmerzen O Gliederschmerzen O Erbrechen

O Durchfall O Geruchs- und Geschmacksstörungen O Kopfschmerzen

Corona-Schnelltest gemacht?: O Ja **Wann?:** O Nein

Mein Kind besucht folgende Einrichtung:

Schule: _____ Klasse: _____

O Positiv auf Corona getestete Mitschüler in der Klasse in den letzten 14 Tagen

Kita: _____

O Positiv auf Corona getestete Kinder oder Mitarbeiter in der Kitagruppe in den letzten 14 Tagen

Corona-Impfstatus: Mutter: O keine Impfung O Impfung
O 1 x O 2 x O 3 x

Vater: O keine Impfung O Impfung
O 1 x O 2 x O 3 x

Arbeitsstelle Eltern: Mutter: _____

Vater: _____

Handy Nr. _____ und Email _____ von Mutter/Vater

Unterschrift: _____

Praxisinterne Vermerke:

Kontaktanamnese:

Ankunft in Praxis: Uhrzeit: _____

ARZT: _____ Uhrzeit: _____ Wie lange: _____ Min.

MFA: _____ Uhrzeit: _____ Wie lange: _____ Min