

Infekt-Fragebogen

Patient/Patientin: _____ Datum: _____ Uhrzeit: _____

Beschwerdebild

Symptom	Ja	Nein	Schweregrad			Seit wann ?
			Leicht	Mittel	Schwer	
Fieber (> 38°C)						
Husten						
Schnupfen						
Erbrechen/Übelkeit (auch vorübergehend)						
Durchfall (auch vorübergehend)						Häufigkeit:
Halsschmerzen						Häufigkeit:
Kopfschmerzen						
Bauchschmerzen						
Gliederschmerzen						
Abgeschlagenheit						
Schüttelfrost						
Gerötete oder juckende Augen						
Verlust von Geruchs- und Geschmackssinn						
Essverhalten eingeschränkt						
Trinkverhalten eingeschränkt						
Hautausschlag						

Dauerdiagnosen/Anderes:

Weitere Anamnese

Sind andere Familienmitglieder mit o.g. Symptomen erkrankt?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Hatten Sie/Ihr Kind Kontakt zu einem bestätigtem Cov-19 Patienten?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Waren Sie /Ihr Kind in den letzten 14 Tagen in einem vom RKI ausgewiesenem Cov-19 Risikogebiet?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Sind Sie beruflich oder ehrenamtlich in Krankenhaus, Arztpraxis, Pflege tätig?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Sind Sie/Ihr Kind gegen die saisonale Influenza 2020/2021 geimpft?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Anderes:

Ausgefüllt von: _____ Mutter Vater andere Person: _____

Unterschrift: _____