

KinderArztPraxis

Dr. med. Marina Marten

Name Patient: _____ Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ kg

Corona-Schnelltest negativ? Ja, gemacht am: _____ Nein

Beginn des Infektes?: _____

Symptome:

Fieber: Ja, seit _____ bis _____ Nein Wie hoch heute? _____

Erbrechen: Ja, seit _____ bis _____ Nein Wie oft gestern? _____

Durchfall: Ja, seit _____ bis _____ Nein Wie oft gestern? _____

Husten: Ja, seit _____ bis _____ Nein

Halsschmerzen: Ja, seit _____ bis _____ Nein

Schnupfen: Ja, seit _____ bis _____ Nein

Bauchschmerzen: Ja, seit _____ bis _____ Nein

Gliederschmerzen: Ja, seit _____ bis _____ Nein

Geruchs- &
Geschm. Störung: Ja, seit _____ bis _____ Nein

Kopfschmerzen: Ja, seit _____ bis _____ Nein

Ohrschmerzen: Ja, seit _____ bis _____ Nein

Andere Beschwerden: _____

Medikamente: _____

Mein Kind besucht folgende Einrichtung

Schule: _____ Klasse: _____

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

Kita: _____ Gruppe: _____

Positiv auf Corona getestete Kinder / Mitarbeiter in der Kita in den letzten 14 Tagen

Kontakt:

Handy Nr. _____ und Email _____ von Mutter/Vater

Heutiges Datum: _____