

# Anamnesebogen

Grippaler Infekt / Corona



## Aktuelle Kontaktdaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon (Festnetz): \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

## Beschwerdebild (rot = Pflichtfrage)

Symptom	NEIN	JA	Schweregrad			Symptombeginn
			leicht	mittel	schwer	
Plötzlicher Krankheitsbeginn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
<b>Akute Luftnot</b>	<input type="radio"/>					
→ in Ruhe?	<input type="radio"/>					
→ bei Belastung?	<input type="radio"/>					
<b>Fieber</b>	<input type="radio"/>	max. °C				
<b>Abgeschlagenheit</b>	<input type="radio"/>					
<b>Husten</b>	<input type="radio"/>					
Gliederschmerzen	<input type="radio"/>					
Halsschmerzen /-kratzen	<input type="radio"/>					
Schnupfen	<input type="radio"/>					
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>					
Durchfall	<input type="radio"/>					

Sonstiges (z. B. Schluckbeschwerden, Ausschlag): \_\_\_\_\_

## Weitere Anamnese (rot = Pflichtfrage)

Waren Sie kürzlich verreist?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, wo?
Arbeiten Sie in der Pflege, einer Arztpraxis, einem Krankenhaus, einer Schule oder einer Kita?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, wo?
Waren Sie auf einer Veranstaltung, auf der die Abstands- / Hygieneregeln nicht eingehalten wurden?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, wo?
Haben Sie Kontakt mit einem <b>bestätigten</b> Corona-Patienten gehabt?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, wo?
Haben Sie Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona-Verdacht besteht?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, wo?
Haben Sie <b>engen</b> Kontakt zu Risikopatienten?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, wer? welche Erkrankung?
Wurden Sie bereits gegen Covid-19 geimpft?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, wann? welcher Impfstoff?
Nutzen sie die „Corona-Warn-App“?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

### Raum für persönliche Anmerkungen

---



---



---



---

### Covid-Impfungen

	Datum	Impfstoff
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_