

Jetzige Anamnese- Befund-Diagnose-Therapie

NAME _____ VORNAME _____ GEBURTSDATUM _____

(Bitte füllen Sie das Formular aus. Bei JA / NEIN Fragen bitte die Antwort umkreisen)

Welche Beschwerden haben Sie jetzt?

-
-
-
-

Was benötigen Sie aktuell?

Medikamente

JA / NEIN

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)

JA / NEIN

Sind Sie in den letzten vier Wochen in Kontakt mit positiv getesteten Personen mit Coronavirus gekommen?

JA / NEIN

Waren Sie in den letzten vier Wochen in einem Corona Risikogebiet?

JA / NEIN

Bestehen aktuelle Impfungen?

JA / NEIN

Haben Sie ein Impfausweis/Impfpass?

JA / NEIN

(Dieser Teil wird von den Praxismitarbeitern ausgefüllt)

Klinischer Befund:

Vital Parameter:

RR links	Puls	SpO2	Temperatur
<hr/>			
RR rechts	Puls	SpO2	Temperatur
<hr/>			

Befund:

Diagnostik:

Therapie:

Weiteres Procedere: