**Bitte beantworten Sie folgende Fragen**

**Praxis Dr. Alexander Heinl**
Hindenburgstraße 35
55 118 Mainz
Tel: 06131-674081
Fax: 06131-674082

E-Mail: praxis.heinl@gmail.com

**www.allgemeinarzt-mainz.de**

|  |  |
| --- | --- |
| Nachname |  |
| Vorname |  |
| Geboren am |  |
| Rückruf-Telefonnummer |  |
| E-Mail |  |
| Straße & Hausnummer |  |
| PLZ & Ort |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zeitpunkt der Beschwerden** | Vor 4 Tagen | Vor 3 Tagen | Vor 2 Tagen | Gestern | Heute |
| Bitte Ja oder Nein ankreuzen | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein |
| Waren Sie im Ausland |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wenn ja, von wann bis wann? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wenn ja, wo/an welchem Ort? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bitte Ja oder Nein ankreuzen | Ja | Nein |
| Hatten Sie in den letzten 14 Tagen körperlichen Kontakt zu einem Corona-Virus-Erkrankten od. einem Verdachtsfall? |  |  |
| Hatten Sie in den letzten 14 Tagen beruflich oder privat persönlichen Kontakt zu Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen, bei Veranstaltungen, Meetings oder in öffentlichen Verkehrsmitteln? |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zeitpunkt der Beschwerden** | Vor 4 Tagen | Vor 3 Tagen | Vor 2 Tagen | Gestern | Heute |
| Bitte Ja oder Nein ankreuzen | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein | Ja | Nein |
| Haben die Symptome plötzlich angefangen? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Genauer Beginn der Beschwerden am: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Haben oder hatten Sie … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fieber? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wenn ja, wie hoch? Fieber messen & eintragen. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trockener Husten? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Husten mit Auswurf? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wenn ja, weiß, grün oder gelb? | Bitte Zutreffendes eintragen: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Luftnot/Kurzatmigkeit? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Herzrasen und/oder schneller Herzschlag? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kopfschmerzen? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Halsschmerzen? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gliederschmerzen? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Muskel- und/oder Gelenkschmerzen? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Geschmacks- und/oder Geruchsstörung? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Verstopfte Nase? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Schnupfen? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Übelkeit-Erbrechen? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Durchfall? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele pro Tag? |  |  | Anzahl pro Tag bitte eintragen: |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bitte Ja oder Nein ankreuzen | Ja | Nein |
| Sind Sie gegen Grippe geimpft? |  |  |
| Sind Sie gegen Pneumokokken/Lungenentzündung geimpft? |  |  |
| Haben Sie eine der folgenden chronischen Erkrankungen? | Bitte Zutreffendes im rosa Kästchen ankreuzen. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bluthochdruck |  |  | Herzinfarkt |  |  | Atemwegserkrankung |  |  | Asthma Bronchiales |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COPD-dauerhaft atemwegsverengende Lungenerkrankung  |  |  | Chronische Bronchitis |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Immunsuppressive Therapie? Aktuell? |  | In der Vergangenheit? |  |  | Diabetes |  |  |  |  |