

Symptomcheckliste Covid-19 Praxis Bodendieck

Datum: __.__.__	Tage seit Symptombeginn/PCR-Abstrich: __	
Name, Vorname		
Datum der ersten Symptome		
Datum der ersten positiven Diagnose (PCR-Abstrich)		
Quarantänezeitraum lt. Gesundheitsamt (wenn bekannt)		
Impfstatus/Genesen (keine, 1, 2 oder 3 Impfungen)		
Welche aktuelle coronaspezifische Medikation haben Sie?	<input type="checkbox"/> Paracetamol/Novamin <input type="checkbox"/> Ibuprofen/Diclofenac <input type="checkbox"/> Zink <input type="checkbox"/> Vitamin D3 <input type="checkbox"/> Nasenspray <input type="checkbox"/> ACC/Mucosolvan/Gelomyrtol	<input type="checkbox"/> Capval/Codein <input type="checkbox"/> Clexane/Falithrom/NOAK <input type="checkbox"/> Budesonidinhalation <input type="checkbox"/> Dexamethason <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator

Vitalwerte (soweit möglich bitte angeben):

Temperatur: __, __ °C	Blutdruck: ____/____ mmHg	Sauerstoffsättigung: ____%
-----------------------	---------------------------	----------------------------

Symptome

Ungewohnte, ausgeprägte Müdigkeit	
Fieber oder Äquivalent wie Schüttelfrost/Warm-Kalt-Empfinden	
Husten ohne Auswurf	
Husten mit Auswurf	
Luftnot in Ruhe	
Neue Desorientierung (zeitlich/örtlich/zur Person)	
Somnolenz (starke Benommenheit)	

Keines der genannten Primärsymptome liegt vor	
---	--

Sonstiges/Rezeptwünsche:

Bei ausgeprägter Symptomatik mit akuter Verschlechterung bitten wir innerhalb der Praxisöffnungszeiten um telefonische Rücksprache mit der Praxis (Telefonnummer: 03425817572) und außerhalb der Praxisöffnungszeiten um die Kontaktaufnahme mit dem kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (Telefonnummer: 116117).

Bei lebensbedrohlicher Symptomatik ist der Rettungsdienst über die 112 zu alarmieren!