

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Initialen: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm

weiblich  männlich  divers

## Fallberichtsbogen

**Vorerkrankungen:** (zutreffendes bitte ankreuzen)

COPD/Asthma  Krebsleiden (in Behandlung)

Bluthochdruck  Immunsuppression

Diabetes mellitus  Herzkrankheit

Nierenschwäche  Lebererkrankung

Psyche  andere: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*Sollten Sie sich unsicher sein, fragen Sie in Ihrer Praxis nach!*

Bitte tragen Sie zu den jeweiligen Symptomen die **Intensität** ein: ++ stark/schlimm + mäßig - keine

Insofern erfolgt tragen Sie bitte zusätzlich den **Abstrichzeitpunkt** und das Ergebnis ein:

Abstrich erfolgt  + Abstrich positiv  - Abstrich negativ

Bitte notieren Sie in der Tabelle (so gut sie es können) wenn „andere Probleme“ aufgetreten sind (z.B. Krankenhausaufenthalt)

Bitte notieren Sie bei Fieber ggf. die höchste gemessene Temperatur °C.

Tag	Datum	Hals-schmerz	Fieber °C	Husten	Atem-Probleme	Muskel-/Glieder-schmerzen	Geruchs-Geschmacks-störungen	andere Probleme	Abstrich
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									

**Bitte senden Sie am Ende der Erkrankung diesen Bogen an Ihre Praxis zur Asuwertung zurück!**