Praxisteam Langenhagen
Allgemeinmedizin

Manuelle Medizin | Chirotherapie
Sabine Jäckel Fachärztin für Allgemeinmedizin

Godshorner Str. 11, 30851 Langenhagen
Telefon (0511) 228 278 - 0, Fax (0511) 228 278 - 4

CORONAVIRUS

Fragebogen für unsere Patienten

mit Symptomen wie Halsschmerzen, Fieber, Husten, Schnupfen, Kopf- oder Gliederschmerzen

- Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und senden ihn **per Fax** an uns.
  Faxnummer (0511) 228 278 - 4

- Sie können den Fragebogen auch **per Post** an uns senden oder ihn in unseren Praxisbriefkasten werfen (bitte betreten Sie dabei nicht unsere Praxisräume).

Sobald wir Ihren Fragebogen erhalten haben, rufen wir Sie an und besprechen mit Ihnen das weitere Vorgehen. Alternativ können wir den Fragebogen auch am **Telefon** mit Ihnen ausfüllen. Bitte haben Sie Verständnis, dass es hierbei zu Wartezeiten kommen kann.

Bitte beachten Sie, dass wir keine E-Mail-Anhänge öffnen können.

Name .....

Geburtsdatum .....

Telefon .....

Sind Sie mobil mit dem Auto?	Nein □ Ja □
Plötzlicher Krankheitsbeginn?	Nein □ Ja □ Datum: ……..……
Verschlechterung der Beschwerden in den letzten zwei Tagen?	Nein □ Ja □
Luftnot?	Nein □ Ja □
Wenn ja:	
- in Ruhe?	Nein □ Ja □
- bei Belastung?	Nein □ Ja □
Fieber?	Nein □ Ja □ max. ……. °C
Heute zuletzt gemessene Temperatur:	…….°C
Kopf-/Gliederschmerzen?	Nein □ Ja □
Abgeschlagenheit?	Nein □ Ja □
Husten?	Nein □ Ja □

Fragebogen für unsere Patienten ...

Halsschmerzen/-kratzen?	Nein □ Ja □
Schnupfen?	Nein □ Ja □
Verlust Geruchs- und/oder Geschmackssinn?	Nein □ Ja □
Durchfall?	Nein □ Ja □
Übelkeit/Erbrechen?	Nein □ Ja □
Waren Sie in den letzten 14 Tagen verreist?	Nein □ Ja □, in ……..……...
Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet* für Coronavirus?	Nein □ Ja □, in .....
Hatten Sie Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten?	Nein □ Ja □ Datum: .....
Hatten Sie Kontakt zu einer Person mit Verdacht auf eine Corona-Infektion?	Nein □ Ja □ Datum: .....
Arbeiten Sie in Pflege, Krankenhaus, Arztpraxis?	Nein □ Ja □
Haben Sie chronische Erkrankungen?	Nein □ Ja □ und zwar: .....
.....	
Haben Sie aufgrund einer Erkrankung oder Einnahme von Medikamenten ein geschwächtes Immunsystem?	Nein □ Ja □ .....
Rauchen Sie?	Nein □ Ja □
Sind Sie in dieser Saison (ab 9/2020) gegen Grippe geimpft worden?	Nein □ Ja □
Benötigen Sie eine Krankmeldung?	Nein □ Ja □

Wenn Sie bisher noch nicht Patient*in in unserer Praxis waren, füllen Sie bitte die nachfolgenden Angaben aus:

Name des/der Versicherten	.....……..……..……
Wohnort/PLZ	.....……..……..……
Straße/Hausnummer	……..……..……
Krankenkasse	……..……
Versichertennummer (auf der Versichertenkarte)	..... ……..

* Risikogebiete für Corona-Infektion: vgl. Robert Koch Institut
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete.html