

FRAGEBOGEN UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

VON PATIENT*IN AUSZUFÜLLEN:

NAME: _____ VORNAME: _____

Vorerkrankungen: _____ Medikamente: _____

- Hausarzt (Name): _____
- ich habe keinen Hausarzt weder mein Hausarzt noch dessen Vertretung ist erreichbar

AKTUELLE BESCHWERDEN: Bitte ankreuzen!

Schnupfen	<input type="radio"/> Ja	Seit ____ Tagen	<input type="radio"/> Nein
Fieber	<input type="radio"/> Ja	Seit ____ Tagen	<input type="radio"/> Nein
Husten	<input type="radio"/> Ja	Seit ____ Tagen	<input type="radio"/> Nein
Kopfschmerzen	<input type="radio"/> Ja	Seit ____ Tagen	<input type="radio"/> Nein
Gliederschmerzen	<input type="radio"/> Ja	Seit ____ Tagen	<input type="radio"/> Nein
Halsschmerzen	<input type="radio"/> Ja	Seit ____ Tagen	<input type="radio"/> Nein
Durchfall	<input type="radio"/> Ja	Seit ____ Tagen	<input type="radio"/> Nein
Geschmacksverlust	<input type="radio"/> Ja	Seit ____ Tagen	<input type="radio"/> Nein
Anderes:	<input type="radio"/> Ja	Seit ____ Tagen	<input type="radio"/> Nein

WIE FÜHLEN SIE SICH HEUTE? Bitte ankreuzen!

<input type="radio"/> Sehr gut	<input type="radio"/> Gut	<input type="radio"/> Mittelmäßig	<input type="radio"/> Schlecht	<input type="radio"/> Sehr schlecht
--------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Waren Sie in den letzten 2 Wochen im Ausland?	Wenn ja, wo:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Brauchen Sie eine Krankmeldung?	Wenn ja, seit (Datum):	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie die Bögen zum Datenschutz gelesen haben und mit der dort beschriebenen Weitergabe der Daten einverstanden sind.

Stuttgart, den _____ (bitte Datum eintragen, eigenhändige Unterschrift)