

Vom Patienten oder Aufnahmearbeiter auszufüllen:

Krankenkasse bzw. Kostenträger:

_____ eGK- Nummer: _____

Name, Vorname und Anschrift des Versicherten:

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Hausarzt: _____

eGK-Karte vorgelegt

Anamnese:

- Fieber Husten Luftnot Muskel-/Gelenkschmerzen
 Halsschmerzen Kopfschmerzen Übelkeit Erbrechen
 Durchfall Aufenthalt in letzten **14 Tagen** in einem Risikogebiet, wenn ja wo?

Kontakt zu positiv getesteter SARS-CoV-2 Person: in Familie Beruf Sonstiges

relevante Vorerkrankungen: _____

Allergien: _____

Sonstiges: _____

Vom Arzt auszufüllen:

Befund der körperlichen Untersuchung:

Diagnose: V. a. grippaler Infekt V. a. Corona U07.1
 V. a. Pneumonie (links rechts beidseitig) Sonstiges: _____

Therapie/Rezept: rot: _____ grün: _____ blau: _____
 rot: _____ grün: _____ blau: _____

Prozedere für Praxis:

Überweisung zu Corona-Testzentrum (**Patient macht Termin aus** und gibt Rückmeldung an Praxis!)

Stat. Einweisung: nein ja, wohin? _____

AU: vom _____ bis _____

Datum und Unterschrift des Arztes

Stempel