

Datum und Unterschrift des Arztes

Stempel

O AU: vom _____ bis _____
O Stat. Einweisung: O nein O ja, wohin?
O Überweisung zu Corona-Testzentrum (Patient macht Termin aus und gibt Rückmeldung an Praxis!)

Prozedere für Praxis:

O rot: _____
O grün: _____
O blau: _____
O rot: _____
O grün: _____
O blau: _____

Therapie/Rezept:

O V. a. Pneumonie (O links O rechts O beidseitig)
O V. a. Corona
O U07.1
O Sonstiges: _____

Diagnose:

Befund der körperlichen Untersuchung:

Vom Arzt ausfüllen:

O Sonstiges: _____
O Allergien: _____
O relevante Vorerkrankungen: _____
O Kontakt zu positiv getesteter SARS-CoV-2 Person: in O Familie O Beruf O Sonstiges

Anamnese:

O Fieber
O Halsschmerzen
O Durchfall
O Gewichtsverlust
O Husten
O Kopfschmerzen
O Aufenthalt in letzten 14 Tagen in einem Risikogebiet, wenn ja wo?
O Geschmacksverlust
O Luftnot
O Übelkeit
O Muskul-/Gelenkschmerzen
O Erbrechen

O eGK-Karte vorgelegt

Hausarzt: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Name, Vorname und Anschrift des Versicherter:

eGK-Nummer: _____

Krankenkasse bzw. Kostenträger:

Vom Patienten oder Aufnahmearbeiter ausfüllen: