

Hausarztpraxis Läuelfingen

Dr. med. Stephan Gerosa
 Dr. med. Pascal Suda
 Dr. med. Stefanie Zumbrunn
 Fachärzte FMH Allg. Innere Medizin



Bitte beantworten Sie die untenstehenden Fragen (bitte ankreuzen)

Vorname, Name:	
Geburtsdatum:	
Krankenkasse: (zur Kostenübernahme vom Bund)	AHV Nr. oder Vers. Nr. _____
Handynummer:	E-Mail:
Nationalität	<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> andere: _____
Hatten Sie bereits einen Abstrich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja -> Ort: _____ Datum: _____	
Wurden sie vom SwissCovidApp alarmiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hatten Sie Kontakt zu einem COVID-19 Fall? <input type="checkbox"/> ja -> Datum: _____ <input type="checkbox"/> unbekannt	
<input type="checkbox"/> In der Schweiz <input type="checkbox"/> im Ausland -> Land _____ <input type="checkbox"/> Flugzeug <input type="checkbox"/> Schiff <input type="checkbox"/> Bahn <input type="checkbox"/> Car/Bus <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> in der Familie <input type="checkbox"/> in der Krippe/Schule/Kindergarten <input type="checkbox"/> Als Gesundheitsfachperson <input type="checkbox"/> bei der Arbeit <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> privates Fest <input type="checkbox"/> Disco/Club <input type="checkbox"/> Bar/Restaurant <input type="checkbox"/> spontaner Menschenversammlung <input type="checkbox"/> bei Demonstration/ Veranstaltungen	
Sind sie aktiv im Dienst (Militär, Zivilschutz/-Dienst)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Arbeiten Sie als Medizinal-Gesundheitsperson? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Akute/neue Beschwerden:

Beginn der Symptome (Datum): _____

Schlechter Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fieber über 38° C	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Husten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Atemnot (Mühe beim Atmen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Durchfall/Erbrechen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geschmacksverlust (Ageusie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schnupfen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geruchsverlust	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hautausschlag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Andere:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vorerkrankungen/ Medikamente

Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Übergewicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Raucher/-in	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung der Blutzellen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tumore	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tumore	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Andere Erkrankungen:	
Gewicht: _____ kg Grösse: _____ cm			
Medikamente:			

Datum und Unterschrift Patient/Patientin: _____

