

Patient:

Datum:

SYMPTOMFRAGEBOGEN

Hatte Ihr Kind (Patient) in den letzten 48 Stunden:

- erhöhte Temperatur / **Fieber** nein ja
- akuten **Husten** oder liegen Veränderungen bei bekanntem chronischen Husten vor? nein ja
- neu aufgetretene **Atemnot** oder liegen Veränderungen bei chronischer Atemnot vor? nein ja
- neu aufgetretene **Halsschmerzen?** nein ja
- akute **Kopf- oder Gliederschmerzen** oder liegen Veränderungen bei chron. Kopf- oder Gliederschmerzen vor? nein ja
- neu aufgetretenen **Durchfall** oder liegen Veränderungen bei chronischem Durchfall vor? nein ja
- neu aufgetretene **Geruchs- oder Geschmacksstörungen?** nein ja
- sonstige akute **Zeichen eines grippalen Infekts?** nein ja

Begleitperson Name:

 Anschrift wie Patient
 Anschrift:

Hatten Sie in den letzten 48 Stunden:

- erhöhte Temperatur / **Fieber** nein ja
- akuten **Husten** oder liegen Veränderungen bei bekanntem chronischen Husten vor? nein ja
- neu aufgetretene **Atemnot** oder liegen Veränderungen bei chronischer Atemnot vor? nein ja
- neu aufgetretene **Halsschmerzen?** nein ja
- akute **Kopf- oder Gliederschmerzen** oder liegen Veränderungen bei chron. Kopf- oder Gliederschmerzen vor? nein ja
- neu aufgetretenen **Durchfall** oder liegen Veränderungen bei chronischem Durchfall vor? nein ja
- neu aufgetretene **Geruchs- oder Geschmacksstörungen?** nein ja
- sonstige akute **Zeichen eines grippalen Infekts?** nein ja

Datum, Unterschrift

HZ Arzt/Therapeut/ÄAP