INFEKT-FRAGEBOGEN Kinder Datum: _____

bei Infekten der Atemwege und des Magen-Darm-Traktes

Name Patient/in: _____ Geb. Patient/in: _____

Tel.-Nr. für Rückruf: _____

Beschwerden in den **letzten 7 Tagen**:

	Ja	Seit wann?	Beschreibung/Notiz
Akute Luftnot -> in Ruhe -> bei Belastung			
Fieber			Max. Temperatur ? _____ durchgängig seit Beginn? Ja ☐ Nein ☐ **Temperatur heute: _____**
ausgeprägte Abgeschlagenheit			
Husten			
Schnupfen			
Halsschmerzen/-kratzen			
Gliederschmerzen			
Kopfschmerzen			
Erbrechen			Wie oft? _____ Wann zuletzt? _____
Durchfall			
Ausschlag			
Ohrenschmerzen			
Bindehautentzündung			

Weitere Bemerkungen: _____

_____

Weitere Anamnese:

	Ja	Nein	
Ist/war Ihr Kind in der Kita/Schule?			Wann zuletzt? _____
Ist ein Covid-19-Schnelltest beim Kind erfolgt?			Wenn ja, wann? _____ Ergebnis? **Positiv** ☐ **Negativ** ☐
Ist in der Familie aktuell jemand krank?			Wenn ja, wer, wann und was?