**Anamnese während der COVID-19-Pandemie**

Name/Vorname Patient/in:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt mit Covid-19 positiven Personen in den letzten 2 Wochen/Quarantäne in den letzten 2 Wochen: ja ☐ nein ☐

Symptome:

Husten ja ☐ nein ☐

Gliederschmerzen ja ☐ nein ☐

Geschmacksverlust ja ☐ nein ☐

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt mit Covid-19 positiven Personen in den letzten 2 Wochen/Quarantäne in den letzten 2 Wochen: ja ☐ nein ☐

Symptome:

Husten ja ☐ nein ☐

Gliederschmerzen ja ☐ nein ☐

Geschmacksverlust ja ☐ nein ☐

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt mit Covid-19 positiven Personen in den letzten 2 Wochen/Quarantäne in den letzten 2 Wochen: ja ☐ nein ☐

Symptome:

Husten ja ☐ nein ☐

Gliederschmerzen ja ☐ nein ☐

Geschmacksverlust ja ☐ nein ☐

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt mit Covid-19 positiven Personen in den letzten 2 Wochen/Quarantäne in den letzten 2 Wochen: ja ☐ nein ☐

Symptome:

Husten ja ☐ nein ☐

Gliederschmerzen ja ☐ nein ☐

Geschmacksverlust ja ☐ nein ☐

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt mit Covid-19 positiven Personen in den letzten 2 Wochen/Quarantäne in den letzten 2 Wochen: ja ☐ nein ☐

Symptome:

Husten ja ☐ nein ☐

Gliederschmerzen ja ☐ nein ☐

Geschmacksverlust ja ☐ nein ☐

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt mit Covid-19 positiven Personen in den letzten 2 Wochen/Quarantäne in den letzten 2 Wochen: ja ☐ nein ☐

Symptome:

Husten ja ☐ nein ☐

Gliederschmerzen ja ☐ nein ☐

Geschmacksverlust ja ☐ nein ☐