

Patientenannahme MAB-Ambulanz

Datum _____

Name, Vorname _____

Geburtsdatum / Alter _____

Tel., ggf. E-Mail

SARS-CoV2 positive PCR (Datum) _____

geimpft? Doppelt? Welcher Impfstoff? Wann?

Symptome (Fieber, Husten, Schnupfen, Luftnot, Abgeschlagenheit,
Gliederschmerzen, Geruchs-/Geschmacksverlust etc.)

Ja

Nein

Symptome seit _____ Tagen

(Gabe bei asymptomatischen Pat. <3 Tage, max. 7 Tage nach Symptombeginn)

Risikofaktoren

- Alter > 50 Jahre
- Adipositas (Größe/Gewicht) _____

Immunsuppression

- Medikamente
- Krebsbehandlung
- HIV
- Transplantation (Organ, wann _____)
- Antikörpertest + Wert
- Vorerkrankung
 - Herzerkrankung
 - Lungenerkrankung
 - Diabetes Typ I oder II (Zuckerkrankheit)
 - Lebererkrankungen
 - Nierenerkrankungen / Dialyse
 - Trisomie 21 / Down-Syndrom
 - Neurologisch-psychiatrische Erkrankung / Demenz
 - Sonstiges _____