

Anamnese

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

Telefon

	Nein	Ja
Sind Sie Corona-positiv getestet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stehen Sie momentan unter Quarantäne (vom Gesundheitsamt verordnet?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie heute grippeähnliche Symptome?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben/Hatten Sie Erkrankungen des Herzens/Herz-Kreislaufsystems?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben/Hatten Sie eine veränderte Blutgerinnung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben/Hatten Sie Allergien? Welche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie HIV und/oder Hepatitis positiv?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an einer anderen Erkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Medikamente ein? Welche:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Datum, Unterschrift: