***Täglicher Gesundheits-Report***

PatVorsatzwort PatZusatz PatVorname **PatNachname**

PatStrasse

PatPLZ PatOrt

PatGeburtsDatum

Tel.: PatTel

Mobil:

E-Mail:

Test-Ergebnis vom :  **negativ**  **positiv**

**Bitte senden Sie uns diesen Bericht täglich mit aktualisiertem Datum bis 14.00 Uhr via FAX 0611 -****oder Via E-Mail an** **zurück.**

Bitte haben Sie in Ihrem Haushalt ein Thermometer, ein Blutdruckmessgerät und ggf. ein Pulsoxymeter vorrätig. ( eine Verordnung ist leider nicht möglich - online Bestellungen sind hier eine Alternative )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Gesundheits-Report*** vom: | ***( Datum )*** | **JA** | **NEIN** |
| Besteht Verwirrung, Desorientiertierung zu Ort, Zeit oder Person ? |  |  |  |
| ist ihre Atemfrequenz schneller als 30 Atemzüge / Minute ? |  |  |  |
| Ist ihr unterer Blutdruckwert unter 60mmHg oder ihr oberer unter 90mmHg |  |  |  |
| Reizhusten, trockener Husten |  |  |  |
| Gliederschmerzen |  |  |  |
| Halsschmerzen |  |  |  |
| Müdigkeit |  |  |  |
| Kopfschmerzen |  |  |  |
| Geruchsstörung |  |  |  |
| Geschmacksstörung |  |  |  |
| Durchfall |  |  |  |
| Augenbeschwerden |  |  |  |
| Hautausschlag |  |  |  |
| Schnupfen |  |  |  |
|  | **08.00** | **12.00 Uhr** | **19.00 Uhr** |
| Körpertemperatur |  |  |  |
| so vorhanden Sauerstoffsättigung mittel Puls-Oxymetrie |  |  |  |

Alles Gute wünscht

Ihr Praxis-Team