**Anamnesebogen**  **Stand: 10.11.2022**

**-Radartestungen Stadt Bremerhaven-**

**Name**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Vorname**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Straße:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**PLZ:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Ort:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Geb.-Datum**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Tel.-Nummer**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tätigkeit/Arbeitgeber/Schule/Kita:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hausarzt**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Körperliche Beschwerden**: Fieber: 🞏 Ja 🞏 Nein

(Anamnese) Husten: 🞏 Ja 🞏 Nein

Schnupfen: 🞏 Ja 🞏 Nein

Halsschmerzen: 🞏 Ja 🞏 Nein

Geruchs-/Geschmacksstörung: 🞏 Ja 🞏 Nein

Seit wann Beschwerden: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Einverständniserklärung liegt vor? 🞏 Ja 🞏 Nein

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Datum) (Unterschrift)

Ergebnis (durch Mitarbeiter auszufüllen): 🞏 negativ 🞏 positiv Datum d. Tests:\_\_\_\_\_

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Anamnesebogen**  **Stand: 10.11.2022**

**-Radartestungen Stadt Bremerhaven-**

**Name**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Vorname**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Straße:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**PLZ:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Ort:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Geb.-Datum**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Tel.-Nummer**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tätigkeit/Arbeitgeber/Schule/Kita:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hausarzt**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Körperliche Beschwerden**: Fieber: 🞏 Ja 🞏 Nein

(Anamnese) Husten: 🞏 Ja 🞏 Nein

Schnupfen: 🞏 Ja 🞏 Nein

Halsschmerzen: 🞏 Ja 🞏 Nein

Geruchs-/Geschmacksstörung: 🞏 Ja 🞏 Nein

Seit wann Beschwerden: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Einverständniserklärung liegt vor? 🞏 Ja 🞏 Nein

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Datum) (Unterschrift)

Ergebnis (durch Mitarbeiter auszufüllen): 🞏 negativ 🞏 positiv Datum d. Tests:\_\_\_\_\_