

Name: \_\_\_\_\_

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

## 1. Erkaeltungs- / Infektbeschwerden

- Husten  Schnupfen / verstopfte Nase  Halsschmerzen  Heiserkeit  
 Fieber oder Froesteln  Gliederschmerzen  Schwaechе / Krankheitsgefuehl  
 Trockene Schleimhaeute  Geschmacks- oder Geruchsverlust  Andere:  
\_\_\_\_\_

## 2. Schmerzen

- a) Schmerzort:  Kopf  Nacken  Ruecken  Brust  Bauch  Gelenke  Arme / Beine  Sonstiges:  
\_\_\_\_\_
- b) Schmerzart:  stechend  ziehend  dumpf  brennend  pochend  wechselnd
- c) Schmerzstaerke (0-10):  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10
- d) Seit wann?: \_\_\_\_\_
- e) Was hilft oder verschlimmert die Beschwerden?: \_\_\_\_\_

## 3. Magen-Darm / Urologische Beschwerden

- Uebelkeit  Erbrechen  Durchfall  Verstopfung  Bauchkraempfe  
 Appetitlosigkeit  Schmerzen beim Wasserlassen  Haeufiger Harndrang  
 Blut im Urin  Brennen beim Wasserlassen

## 4. Allgemeinzustand / Psyche

- Erschoepfung / Antriebslosigkeit  Schlafprobleme  Stimmungsschwankungen  
 Reizbarkeit  Unruhe / Angst  Konzentrationsprobleme  
 Ich fuehle mich ueberfordert oder "ausgebrannt"

## 5. Ergaenzende Angaben

Medikamente: \_\_\_\_\_

Chronische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Letzte gemessene Temperatur: \_\_\_\_\_ °C

Schwangerschaft moeglich?  ja  nein  unklar

Sonstiges:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 6. Arbeits- oder Schulunfaehigkeit

- Ich benoetige eine Arbeitsunfaehigkeitsbescheinigung (AU)  
 Ich benoetige eine Bescheinigung fuer Schule / Universitaet  
 Noch unklar - bitte im Gespraech klaeren