

Dr. med. Michaela Schulze-Schay
Dr. med. Christoph Schay
Fachärzte für Allgemeinmedizin

Naturheilverfahren • Psychotherapie
Ernährungsmedizin • Sportmedizin
Manuelle Medizin (Chirotherapie)



Haselnußweg 1
45770 Marl-Sinsen
☎ 02365 / 8 13 55
☎ 02365 / 88 0 55 3
schulze-schay@t-online.de
www.marler-hausarzt.de

Wenn Sie in diesem Quartal noch nicht in der Praxis gewesen sind, geben Sie bitte ihre **Krankenversicherungskarte** ab!

Familienname, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail

Wenn Sie Beschwerden haben, kreuzen Sie diese bitte an:

	ja	
Beschwerden	<input type="checkbox"/>	seit wieviel Tagen?
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	
Husten	<input type="checkbox"/>	
Fieber	<input type="checkbox"/>	wie hoch? °C
Schnupfen	<input type="checkbox"/>	
Geruchs- oder Geschmacksstörung	<input type="checkbox"/>	
• Reiserückkehrer	<input type="checkbox"/>	Reisegebiet:
• Kontakt zu Personen, welche an Corona erkrankt sind:	<input type="checkbox"/>	Wann war der Kontakt?
• Meldung Corona-Warn-app	<input type="checkbox"/>	
• Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	

Adresse Arbeitsstelle/Schule:

Falls Sie bei einer **privaten Krankenversicherung** versichert sind, geben Sie die Daten bitte hier an:

Marl, _____
Datum

Unterschrift Patient

Mitglied im Ärztenetz für Marl (ÄFM)



Dr. med. Michaela Schulze-Schay
Dr. med. Christoph Schay
 Fachärzte für Allgemeinmedizin

Naturheilverfahren • Psychotherapie
 Ernährungsmedizin • Sportmedizin
 Manuelle Medizin (Chirotherapie)



Haselnußweg 1
 45770 Marl-Sinsen
 ☎ 02365 / 8 13 55
 📠 02365 / 88 0 55 3
 schulze-schay@t-online.de
 www.marler-hausarzt.de

Vom Arzt auszufüllen:

	ja	nein
Temperatur: °C		
Rachen gerötet		
Rachen geschwollen		
Eitrige Infiltrate		
LK-Vergrößerungen		
Pulmo VAG, Spastik, Obstruktion (nicht zutreffendes streichen)		
Medikamente genommen:		
Pulsoxy: O2-Sätt: % HF: /min		
AU von bis: _____ - _____ 2020		
Diagnose:		

Testkriterien	
<input type="checkbox"/>	Schwere respir. Symptome (akute Bronchitis, Pneumonie, Atemnot, Fieber) ODER
<input type="checkbox"/>	Störung des Geruchs- und Geschmackssinns ODER
<input type="checkbox"/>	Symptome und Kontakt mit einem bestätigten COVID-19-Fall ODER
<input type="checkbox"/>	Verschlechterung des klin. Bildes nach anhaltenden akuten respir. Symptomen ODER
<input type="checkbox"/>	Akute respir. Symptome jeder Schwere UND (1*)

1*) Zugehörigkeit zur Risikogruppe **ODER**
 Tätigkeit in Pflege, Arztpraxis, Krankenhaus **ODER**
 nach Exposition, bspw. Veranstaltungen mit unzureichender Einhaltung der AHA+L-Regeln **ODER**
 Kontakt zu Personen mit akuter respiratorischer Erkrankung (im Haushalt oder Cluster ungeklärter Ursache **UND** 7-Tages
 Inzidenz >35/100.000) **ODER**
 während Symptomatik Kontakt zu vielen Personen **ODER**
 weiterhin (prospektiv) enger Kontakt zu vielen Personen oder Risikopatienten

1. Obere Atemwegsinfektion	
2. Fieber	
3. Husten	
4. Laryngotracheitis	
5. Lymphangitis	
6. Rhinitis	
7. Eitrige Tonsillitis	
8. Bronchitis	
9. Geruchs-/Geschmackstrg	

Abstrich:

Meldeformular Gesundheitsamt:

Mitglied im Ärztenetz für Marl (ÄFM)

