



ANMELDUNG OFFENE SPRECHSTUNDE

WIR HELFEN IHNEN GERNE! Helfen Sie uns doch auch **VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE !**

NAME:

Datum:

Ich bin in Behandlung bei: Fr. Dr. Lorenzen Hr. Hein

Bitte ihre aktuelle Telefonnummer:

Bitte ihre aktuelle Email-Adresse:

- **Weswegen möchten Sie heute in die Sprechstunde kommen?**

• Benötigen Sie dringend Medikamente?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
• Wenn ja: Welche ?		
• Benötigen Sie eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
• -> Wenn ja: von: bis:		
• Wurden Sie aus dem Krankenhaus entlassen?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
• Werden Sie demnächst operiert?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
○ Was wird operiert?		
○ Wann soll die Operation stattfinden?		
• Wünschen Sie eine persönliche Untersuchung durch Frau Dr. Lorenzen?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
• Wünschen Sie eine persönliche Beratung durch Frau Dr. Lorenzen?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
• Sind Sie akut erkrankt (innerhalb der letzten 3 Tage oder Verschlimmerung einer vorbestehenden Erkrankung)? Wenn ja, füllen Sie bitte auch den Rest dieses Fragebogens aus.	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
• Seit wann sind die Beschwerden vorhanden/seit wann haben sie sich verschlechtert?		
• Wie stark sind die Beschwerden? (Skala 1-10 -> 1= leicht und 10 = stark bedeutet)		
• HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 14 TAGEN KONTAKT ZU EINEM BESTÄTIGTEN COVID-19-FALL?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

