

# Serviceeteil: Arztfragebogen

Simple Erkältungen lassen sich meistens durch bewährte Hausmittel und ohne ärztliche Hilfe kurieren. Wenn Ihre Beschwerden aber sehr gravierend sind und von hohem Fieber begleitet werden, sollten Sie sofort einen Arzt konsultieren. Bei der Vorbereitung des Arzttermins unterstützt Sie dieser Fragebogen, den Sie zur mehrfachen Verwendung ausdrucken können. Anhand des von Ihnen ausgefüllten Fragebogens kann Ihr Arzt Ihre Beschwerden besser einordnen. Weitere Informationen zur ärztlichen Diagnose einer Virusgrippe erhalten Sie ab Seite 18.

<b>Körpertemperatur</b>	
Haben Sie Fieber?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Wie hoch ist die Temperatur?	_____ °C
Seit wann haben Sie Fieber?	_____ Tage
Schwitzen Sie stark?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>Atemwege (Nase, Lunge)</b>	
Läuft Ihre Nase?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Ist Ihre Nase verstopft?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie Husten?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Können Sie abhusten beziehungsweise fördert das Husten Schleim?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Ist der Schleim gelb-grünlich (zähe Konsistenz)?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Ist der Schleim milchig-glasig (flüssige Konsistenz)?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<b>Schmerzen</b>	
Haben Sie Ohrenscherzen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie Kopfscherzen (einseitig)?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie Halsscherzen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie Muskel- und Gliederscherzen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Scherzen Ihre Augen oder tränen sie?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

<b>Magen-Darm-Trakt</b>	
Ist Ihnen übel oder verspüren Sie Appetitlosigkeit?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Wann haben Sie das letzte Mal etwas gegessen?	_____
Wie viel Flüssigkeit nehmen Sie am Tag zu sich?	_____ Liter
<b>Impfung</b>	
Wurden Sie gegen Grippe geimpft?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Wann war die Impfung?	_____
<b>Sonstiges</b>	
Haben Sie Schüttelfrost?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Welche Grunderkrankungen sind bekannt (Lunge, Herz, Kreislauf, Nieren)?	_____ _____ _____