

ChinaMed Zentrum Olten

COVID-Fragebogen (Ein Foto vom Zungenbelag beizulegen ist von Vorteil)

Name/Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Beschreibung des aktuellen Krankheitsbildes:

Welche der folgenden Symptome haben Sie bis jetzt: (Bitte kreuzen Sie an)

- | | | |
|----------|--------------------------|----------------------------------------------|
| 不思饮食 | <input type="checkbox"/> | Appetitlosigkeit |
| 脘腹胀满 | <input type="checkbox"/> | Aufgetriebener Bauch |
| 腹泻 | <input type="checkbox"/> | Durchfall |
| 发烧 | <input type="checkbox"/> | Fieber (oder leichtes Fieber?) |
| 关节疼痛 | <input type="checkbox"/> | Gliederschmerzen |
| 咽喉痛 | <input type="checkbox"/> | Halsschmerzen |
| 寒热交替 | <input type="checkbox"/> | Hitze-Kältegefühl abwechselnd |
| 咳嗽有痰/痰颜色 | <input type="checkbox"/> | Husten mit Auswurf, Farbe des Auswurfs _____ |
| 干咳 | <input type="checkbox"/> | Trockener Husten |
| 怕冷 | <input type="checkbox"/> | Kälteempfindlichkeit |
| 头痛 | <input type="checkbox"/> | Kopfschmerzen |
| 喘 | <input type="checkbox"/> | Kurzatmigkeit |
| 肌肉酸痛 | <input type="checkbox"/> | Muskelschmerzen |
| 疲倦 | <input type="checkbox"/> | Müdigkeit |
| 失眠 | <input type="checkbox"/> | Schlafstörung |
| 出汗 | <input type="checkbox"/> | Schwitzen |
| 嗅觉消失 | <input type="checkbox"/> | Verlust des Geruchssinns |
| 味觉消失 | <input type="checkbox"/> | Verlust des Geschmacks |
| 胸闷 | <input type="checkbox"/> | Völlegefühl in der Brust |

Welche Medikamente nehmen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit genommen?

Welche Krankheiten haben Sie in der Vergangenheit gehabt?

Datum: _____ Unterschrift: _____