



## TELEFONNOTIZ

Datum: .....

Uhrzeit: .....

Name MFA: .....

Arzt: .....

Patient (Name, Vorname): .....

Nr.: .....

Telefonnummer: .....

Beschwerden seit: .....

Diarrhoe  JA  Nein  Blutig  Schleimig  Anzahl

Verstopfung  JA  Nein

Fieber  JA  Nein  35-38 °C  38-40 °C  > 40 °C

Bauchschmerzen  JA  Nein  Oberbauch  Unterbauch

Weitere Beschwerden / Symptome:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Aktuelle Medikation / Dosis:

.....  
.....  
.....  
.....

Sonstiges:

.....  
.....  
.....