



Telefonnotiz

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Assistenz: _____

Arzt*in: _____

Patient*in: _____

Telefonnummer: _____

Erreichbar von/bis (Uhrzeit) _____

Beschwerden seit: _____

- | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Durchfall | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Blutig | <input type="radio"/> Schleimig | |
| Anzahl der Stühle _____ | | | | <input type="radio"/> Tag | |
| Verstopfung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | | <input type="radio"/> Nacht | |
| Temperatur | | | <input type="radio"/> 35-<38°C | <input type="radio"/> >38-<40°C | <input type="radio"/> >40°C |
| Bauchschmerzen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Oberbauch | <input type="radio"/> Unterbauch | |

Weitere Beschwerden/Symptome:

Aktuelle Medikation/Dosis:

Sonstiges:

Unterschrift Assistenz: _____