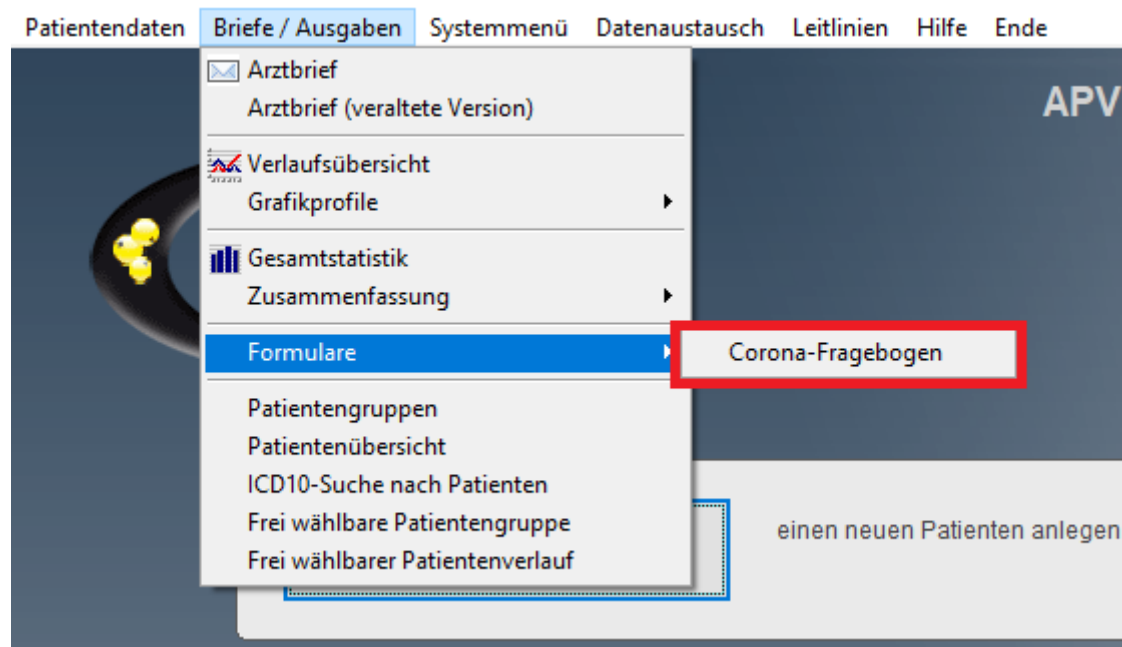


Ausdruck - Aufruf

„Briefe / Ausgaben -> Formulare -> Corona-Fragebogen“



Ausdruck



Nachname Patienten-ID

Vorname Geburtstag

Phonetische Suche (Soundex)

Suche eingrenzen auf Tage (730 = 2 Jahre)

nur weiterbehandelte


Format: TT.MM.JJJJ
ungenauere Angaben erlaubt


suchen


alle Patienten

Corona-Fragebogen

Name	Geburtsdatum	Ort
Baggins, Camelia	05.01.1996	Aitrang
Brandybuck, Habaccuc	19.10.2007	Tertnes
Burrowes, Alfrida	10.05.1994	Garcibuey
Fairbairn, Lobelia	26.02.2003	
Gawkröger, Drogo	15.02.2004	Pluckenwiesingen
Mann, Alter	02.02.1921	
Mugwort, Mattalic	02.12.2004	
Musterfrau, Erika	01.01.2001	
Mustermann, Max	01.05.1992	Musterstadt
Oldbuck, Berylla	23.11.1994	Musterstadt
Presley, Elvis Aaron	06.10.1997	Memphis
Puddifoot, Bladud	23.06.1998	Bad Geld
Simpson, Homer	12.05.1956	Springfield
Transgender, männlich	06.03.1995	
Transgender, weiblich	06.12.1993	
Underhill, Merimac	07.08.1995	Ickziotrysen
Whitfood, Elanor	09.12.1994	Protwangen-Kscheur
Zahl, Graf	31.10.1993	Abecedan

Druckvorschau  Jugendbogen Vorschau Elternbogen (<12) Vorschau Elternbogen (>=12) Vorschau

Direktdruck  Jugendbogen Druck Elternbogen (<12) Druck Elternbogen (>=12) Druck Schließen

Blank-Exemplare  Jugendbogen Blanko-Exemplare Elternbogen (<12) Blanko-Exemplare Elternbogen (>=12) Blanko-Exemplare

Aufruf Eingabemaske



Befund	Zusatzbefunde / Diagnosen	Therapie	Kommentar / weitere Daten																				
<p>Kommentar (erscheint im Arztbrief)</p> <div data-bbox="85 448 204 515"></div> <div data-bbox="239 448 1866 719"></div>																							
<p>Klicken Sie hier um weitere Daten zum Patienten zu dokumentieren:</p> <p>Die soeben eingegebenen Verlaufsdaten bleiben dabei erhalten!</p> <table border="0"><tr><td><input type="button" value="24h Blutdruck"/></td><td>24h-Blutdruckmessungen</td><td><input type="button" value="Eltern"/></td><td>Elterndaten</td></tr><tr><td><input type="button" value="Laborwerte"/></td><td>↓ weitere Laborwerte</td><td><input type="button" value="eigene"/></td><td>eigene Maske</td></tr><tr><td><input type="button" value="Körperzus."/></td><td>↓ Körperzusammensetzungsdaten</td><td><input type="button" value="Corona-Fragebogen"/></td><td>Corona-Fragebogen</td></tr><tr><td><input type="button" value="Fitnessstest"/></td><td>Resultate eines Fitnessstests (MFT, DKT oder Ergometrie)</td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="button" value="Sono Abdomen"/></td><td>Sonografiedaten Abdomen</td><td></td><td></td></tr></table>				<input type="button" value="24h Blutdruck"/>	24h-Blutdruckmessungen	<input type="button" value="Eltern"/>	Elterndaten	<input type="button" value="Laborwerte"/>	↓ weitere Laborwerte	<input type="button" value="eigene"/>	eigene Maske	<input type="button" value="Körperzus."/>	↓ Körperzusammensetzungsdaten	<input type="button" value="Corona-Fragebogen"/>	Corona-Fragebogen	<input type="button" value="Fitnessstest"/>	Resultate eines Fitnessstests (MFT, DKT oder Ergometrie)			<input type="button" value="Sono Abdomen"/>	Sonografiedaten Abdomen		
<input type="button" value="24h Blutdruck"/>	24h-Blutdruckmessungen	<input type="button" value="Eltern"/>	Elterndaten																				
<input type="button" value="Laborwerte"/>	↓ weitere Laborwerte	<input type="button" value="eigene"/>	eigene Maske																				
<input type="button" value="Körperzus."/>	↓ Körperzusammensetzungsdaten	<input type="button" value="Corona-Fragebogen"/>	Corona-Fragebogen																				
<input type="button" value="Fitnessstest"/>	Resultate eines Fitnessstests (MFT, DKT oder Ergometrie)																						
<input type="button" value="Sono Abdomen"/>	Sonografiedaten Abdomen																						
<input type="button" value="Stammdaten bearbeiten"/>	<input type="button" value="Zurück"/>	<input type="button" value="Weiter"/>	<input type="button" value="Speichern"/>	<input type="button" value="Abbrechen"/>																			

Eingabemaske Jugendbogen



Jugendbogen (Pat. >= 12 J.)	Elternbogen (Pat. < 12 J.)	Elternbogen (Pat. >= 12 J.)
Datum Jugendbogen: <input type="text" value=".."/>		
<p>Wie sieht deine derzeitige Schulsituation aus?</p> <p> <input type="radio"/> lernen zu Hause <input type="radio"/> Präsenzunterricht <input type="radio"/> ich habe gerade Ferien <input checked="" type="radio"/> ich gehe nicht mehr zur Schule </p> <p style="text-align: right;">Tage pro Woche: <input type="text" value="5"/></p>		
<p>Wie gut gelingt dir das Lernen zu Hause? trifft nicht zu <input type="checkbox"/></p> <p> <input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 </p>		
<p>Für wie wahrscheinlich hältst Du es, dass Du Dich mit dem Corona-Virus infizierst?</p> <p> <input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 </p>		
<p>Wie gefährlich schätzt Du eine Corona-Infektion für deine Gesundheit ein?</p> <p> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 </p>		
<p>Wie gefährlich schätzt Du eine Corona-Infektion für die Gesundheit eines anderen Jugendlichen in Deinem Alter ein?</p> <p> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 </p>		
<p>Wie gestresst fühlst du Dich durch die Corona-Pandemie?</p> <p> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 </p>		
<p>Wie einsam fühlst du Dich zurzeit?</p> <p> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input checked="" type="radio"/> 10 </p>		
Wie läuft es gerade für Dich...	... mit Deiner Familie?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input checked="" type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
	... in Schule/Ausbildung/Beruf?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input checked="" type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
	... mit Deinen Freunden?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input checked="" type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
	... in Deiner Freizeit?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input checked="" type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10
	... mit Deiner Erkrankung?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input checked="" type="radio"/> 10
<p>Wie lange beschäftigst Du Dich durchschnittlich pro Tag mit folgenden Dingen?</p>		
Fernsehen/Video	<input checked="" type="radio"/> gar nicht <input type="radio"/> 30 Min. <input type="radio"/> 1-2 Std. <input type="radio"/> 3-4 Std. <input type="radio"/> >4 Std.	
Spielkonsole	<input type="radio"/> gar nicht <input checked="" type="radio"/> 30 Min. <input type="radio"/> 1-2 Std. <input type="radio"/> 3-4 Std. <input type="radio"/> >4 Std.	
Computer/Internet	<input type="radio"/> gar nicht <input type="radio"/> 30 Min. <input checked="" type="radio"/> 1-2 Std. <input type="radio"/> 3-4 Std. <input type="radio"/> >4 Std.	
Musik hören	<input type="radio"/> gar nicht <input type="radio"/> 30 Min. <input type="radio"/> 1-2 Std. <input type="radio"/> 3-4 Std. <input type="radio"/> >4 Std.	

Eingabemaske Elternbogen (Pat. < 12 J.)



Jugendbogen (Pat. >= 12 J.)

Elternbogen (Pat. < 12 J.)

Elternbogen (Pat. >= 12 J.)

Datum Elternbogen

15.05.2021

Wie läuft es gerade für Sie...

- ... mit der Betreuung Ihres Kindes zu Hause? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 nicht zutreffend
- ... mit der Versorgung der Erkrankung Ihres Kindes? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 nicht zutreffend
- ... im Beruf? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 nicht zutreffend
- ... mit der finanziellen Situation der Familie? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 nicht zutreffend
- ... in der Partnerschaft? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 nicht zutreffend

- Wie gefährlich schätzen Sie eine Corona-Infektion für die Gesundheit Ihres Kindes ein? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Wie viel Angst haben Sie um die Gesundheit Ihres Kindes? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Wie gestresst sind Sie durch die Corona-Pandemie? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Wie gestresst ist Ihr Kind durch die Corona-Pandemie? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Wie einsam fühlt sich Ihr Kind zurzeit? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie läuft es gerade für Ihr Kind ...

- ... mit der Familie? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ... in Schule/Kindergarten? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ... mit seinen Freunden? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ... in seiner Freizeit? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ... mit seiner Erkrankung? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Eingabemaske Elternbogen (Pat. \geq 12 J.)



Jugendbogen (Pat. \geq 12 J.)	Elternbogen (Pat. $<$ 12 J.)	Elternbogen (Pat. \geq 12 J.)
Datum Elternbogen <input type="text" value="15.05.2021"/>		
Wie läuft es gerade für Sie...		
... mit der Betreuung Ihres Kindes zu Hause?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	nicht zutreffend <input checked="" type="checkbox"/>
... mit der Versorgung der Erkrankung Ihres Kindes?	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	nicht zutreffend <input checked="" type="checkbox"/>
... im Beruf?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	nicht zutreffend <input checked="" type="checkbox"/>
... mit der finanziellen Situation der Familie?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	nicht zutreffend <input checked="" type="checkbox"/>
... in der Partnerschaft?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	nicht zutreffend <input checked="" type="checkbox"/>
Wie gefährlich schätzen Sie eine Corona-Infektion für die Gesundheit Ihres Kindes ein?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input checked="" type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	
Wie viel Angst haben Sie um die Gesundheit Ihres Kindes?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input checked="" type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	
Wie gestresst sind Sie durch die Corona-Pandemie?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input checked="" type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	
Wie oft waren Sie mit Ihrem Kind in den letzten 12 Monaten in der Adipositasprechstunde?	<input checked="" type="radio"/> gar nicht <input type="radio"/> 1x <input type="radio"/> 2x <input type="radio"/> 3x <input type="radio"/> 4x <input type="radio"/> 5x <input type="radio"/> 6x oder mehr	
Sind aufgrund der Corona-Pandemie in den letzten 12 Monaten Sprechstundentermine ausgefallen?	<input checked="" type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
Falls ja, wie viele Termine sind ausgefallen? Anzahl der Termine	<input type="text" value="1"/>	
Falls ja, von welcher Seite wurde der Termin abgesagt?	<input checked="" type="checkbox"/> meiner- bzw. unsererseits <input checked="" type="checkbox"/> von Seiten der Ambulanz/Praxis	
Wenn Termine von Ihrer Seite abgesagt wurden, aus welchem Grund?	<input checked="" type="checkbox"/> aus Sorge vor Ansteckung <input checked="" type="checkbox"/> weil der organisatorische Aufwand zu hoch gewesen ist <input checked="" type="checkbox"/> andere Gründe: <input type="text" value="feferer"/>	
Gab es andere Angebote, wie z.B. Telefon- uoder Video-Sprechstunden?	<input checked="" type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
Falls ja, wie fühlten Sie sich bzw. fühlte sich Ihre Kind im Rahmen dieser Angebote betreut?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	