

Prä-Triage-Fragebogen COVID19

Datum/Uhrzeit:	_____
Name, Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Adresse:	_____
Tel.:	_____
Zielort:	_____

I) Akute respiratorische Symptome oder Verschlechterung der vorbestehenden respiratorischen Symptomatik bei chronischen Lungenerkrankungen:

- Husten:** ja nein
- Fieber >37,5°C (mit Erkältungssymptomen):** ja nein
- Luftnot:** ja nein
- Halsschmerzen:** ja nein

II) Leiden Sie unter Geschmacks- und/oder Geruchsverlust?

ja nein

III) Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt zu einem Menschen mit einer bestätigten COVID19-Infektion?

ja nein

IV) Haben oder hatten Sie bereits eine bestätigte COVID19-Infektion?

ja nein

Alle Fragen mit „Nein“ beantwortet	Eine Frage mit „Ja“ beantwortet
<u>Kein begründeter Verdacht:</u> Zugang unter normalen Hygienemaßnahmen möglich	<u>Möglicher Verdacht:</u> Rücksprache Fieberambulanz oder diensthabender AvD
	<u>Rücksprache:</u> <input type="checkbox"/> Erfolgt
	<u>Ergebnis:</u> <input type="checkbox"/> Test erforderlich <input type="checkbox"/> Test nicht erforderlich