



# TRIAGE-FRAGEBOGEN

## GRIPPALER INFEKT / INFLUENZA / CORONA

PatientIn: ..... Datum: ..... Uhrzeit Anruf: .....

Tel-Nr. für Rückruf: ..... Termin Infekt-Sprechstunde: .....

### Beschwerdebild (rot = Pflichtfrage)

Symptom	Ja	Nein	Schweregrad			Symptombeginn
			leicht	mittel	schwer	
<b>Plötzlicher Krankheitsbeginn?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
<b>Akute Luftnot</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
• in Ruhe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
• bei Belastung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Fieber</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	max. °C
<b>Abgeschlagenheit</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Husten</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Gliederschmerzen</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Halsschmerzen / -kratzen</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Schnupfen</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Kopfschmerzen</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Durchfall</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**Anderes** (z.B. Schluckbeschwerden, Ausschlag):

**Geschmacks-/Geruchsverlust?**

### Weitere Anamnese (rot = Pflichtfrage)

Waren Sie kürzlich verreist?	<input type="radio"/> Ja, wo? <input type="radio"/> Nein
Haben Sie sich in einem Risikogebiet für Coronavirus aufgehalten?	<input type="radio"/> Ja, wo? <input type="radio"/> Nein
Haben Sie Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt?	<input type="radio"/> Ja, wo? <input type="radio"/> Nein
Haben Sie Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona-Verdacht besteht?	<input type="radio"/> Ja, wo? <input type="radio"/> Nein
Haben Sie chronische Erkrankungen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, welche?
Haben Sie aufgrund einer Erkrankung ein geschwächtes Immunsystem?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja. Welche Erkrankung?