



TRIAGE-FRAGEBOGEN

GRIPPALER INFEKT / INFLUENZA / CORONA

PatientIn: Datum: Uhrzeit Anruf:

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

Sind Sie geimpft? Ja o Nein o Impfstoff:..... Datum letzte Impfung:.....

Beschwerdebild (rot = Pflichtfrage)

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