

Task Force SARS-CoV-2

## Prä-Triage-Fragebogen COVID19

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

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
- Halschmerzen:** ja  nein

II) Waren Sie in den letzten 14 Tagen im Ausland gewesen?

ja  nein

III) Hatten Sie in den letzten 14 Tagen wissentlich Kontakt zu einem Menschen mit einer bestätigtem COVID 19-Infektion?

ja  nein

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