



ENGLISCH/ENGLISH

6. Erhöhte Körpertemperatur/Fieber - RAISED TEMPERATURE/ FEVER

ERHÖHTE KÖRPERTEMPERATUR/FIEBER

RAISED TEMPERATURE/ FEVER

Seit wann haben Sie erhöhte Körpertemperatur?	Since when do have a fever?		
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	Few hours		
<input type="checkbox"/> 1 Tag	1 day		
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	2 to 6 days		
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	More than one week		
<input type="checkbox"/> 1 Monat	1 month		
		JA/ YES	NEIN/ NO
Haben Sie Ihre Körpertemperatur mit einem Thermometer gemessen?	Did you measure your body temperature with an thermometer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie hoch ist die Körpertemperatur genau? Bitte aufschreiben	If so, what did it display: _____ °C		
Haben Sie Gliederschmerzen?	Do you have growing pain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Husten?	Do you have a cough?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Husten, aber keinen blutigen Auswurf.	I have a cough, but no bloody additive to it.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Halsschmerzen?	Does your throat hurt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Halsschmerzen.	My throat hurts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schnupfen.	I have a cold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Ohrenschmerzen.	My ears hurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist jemand in Ihrem direkten Umfeld erkrankt?	Is anybody in your personal surroundings sick?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?	Do you experience pain urinating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Hautausschlag?	Do you have a rash?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Haben Sie Bauchschmerzen?

Do you have a stomach ache?

☐☐