



ENGLISCH/ENGLISH

5. Verdauungsprobleme -digestion problems

SEIT WANN HABEN SIE VERDAUUNGSPROBLEME?

Wenn alle mit * markierten Punkte zutreffen, besteht wahrscheinlich erhöhte Ansteckungsgefahr und eine Isolation des Patienten wird empfohlen.

☐ ein paar Stunden

☐ 1 Tag

☐ 2 bis 6 Tage

☐ über 1 Woche

☐ 1 Monat

☐ Immer

SINCE WHEN DO YOU HAVE DIGESTION PROBLEMS?

If all with an * marked points, are marked relevant, it is probable that the status is infectious and an isolation of the patient is recommended

Few hours

1 day

2 to 6 days

More than one week

1 month

always

Ja/Yes

Nein/No

Ist Ihnen übel?
Do you feel sick?

☐

☐

Haben Sie sich übergeben?
Did you already throw up?

☐

☐

Wenn ja:

If so:

☐ einmal

Once

☐ ein- bis dreimal

One to three times

☐ mehr als dreimal

More than three times

☐ wenig

A little bit

☐ schwallartig

Suddenly

☐ mit Blutbeimengung

With blood additive

Ja/

Nein/ No



| | | Yes | |
|---|----------------------------|--|--------------------------|
| HABEN SIE DURCHFALL? DO YOU HAVE DIARRHEA | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja*, wie häufig hatten Sie innerhalb der letzten 24 Stunden Durchfall? | | <i>If so*, how often in the last 24 hours</i> | |
| <input type="checkbox"/> | einmal | Once | |
| <input type="checkbox"/> | ein- bis dreimal | 1-3 times | |
| <input type="checkbox"/> | mehr als dreimal | More than 3 times | |
| Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl? | | How do you describe the texture of your excrements? | |
| <input type="checkbox"/> | breiig | Mushy | |
| <input type="checkbox"/> | flüssig | fluid | |
| <input type="checkbox"/> | Wässrig | watery | |
| | | JA/ YES | NEIN/ NO |
| Haben Sie Blut im Stuhl?* | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <i>Is there blood in your excrements?*</i> | |
| Haben Sie Fieber?* | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <i>Do you have a fever?</i> | |
| Haben Sie Verstopfung? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <i>Do you suffer costiveness</i> | |
| Wenn ja, wann war Ihr letzter Stuhlgang? | | When was did you lastly defecate? | |
| <input type="checkbox"/> | vor 3 Tagen | 3 days ago | |
| <input type="checkbox"/> | vor 5 Tagen | 5 days ago | |
| <input type="checkbox"/> | vor mehr als einer Woche | More than one week ago | |
| Wie viel Flüssigkeit trinken Sie? | | <i>How much liquid do you take in?</i> | |
| <input type="checkbox"/> | weniger als 1 Liter am Tag | Less than one litre per day | |
| <input type="checkbox"/> | 1 bis 2 Liter am Tag | 1-2 litres per day | |
| <input type="checkbox"/> | mehr als 2 Liter am Tag | More than 2 liters per day | |



| | | JA/ YES | NEIN/ NO |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| Ich habe weniger Appetit als sonst. | <i>I have less appetite than usually.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe so viel Appetit wie immer. | <i>My appetite is the same as usual.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht die Möglichkeit, dass Sie etwas Verdorbenes gegessen haben? | <i>Does the possibility exist that you ate something spoiled</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist jemand in Ihrem direkten Umfeld erkrankt? | <i>Is somebody in your near surroundings sick?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |