

## ENGLISCH/ENGLISH

### 13. Covid-19 Verdacht - Covid-19 Suspicion

#### DEUTSCH

#### ENGLISH

Vorname	Surname:
Nachname	Last name :
Geschlecht	Sex
-weiblich	Female <input type="checkbox"/>
-männlich	Male <input type="checkbox"/>
Körpergröße in Zentimetern	Height in centimetros:
	cm
Körpergewicht in Kilogramm	Weight in kilograms
	kg

Kommentiert [SP1]: Fragen Nr.:

2  
3  
4  
5  
6  
7  
9  
10

**BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN. PLEASE MARK THE RELEVANT**

	Ja/ YES	Nein/ No
Angehöriger oder Ansprechpartner <i>Relative or contact person</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? <i>Only women: Are you pregnant?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie bestimmte Medikamente einnehmen, zeigen Sie dem Arzt bitte die Medikamenten-Verpackung, wenn möglich. <i>If you are taking any kind of medicine please show the medic the package</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich traurig oder habe Angst. <i>I do feel sad and have fear</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Erhöhte

#### Körpertemperatur/Fieber

#### Raised Temperature/ Fever

Seit wann haben Sie erhöhte

Since when do have a fever?

Körpertemperatur?

ein paar Stunden

Few hours

Kommentiert [SP2]:

172



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

**SEIT WANN HABEN SIE  
ATEMBESCHWERDEN?**

**SINCE WHEN DO YOU HAVE AN ISSUE  
BREATHING?**

- |                                       |                    |
|---------------------------------------|--------------------|
| <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            |
| <input type="checkbox"/> immer        | always             |

**BITTE KREUZEN SIE  
ZUTREFFENDES AN.**

**PLEASE MARK THE RELEVANT**

		Ja/ Yes	Nein/ No
Ich habe Atemnot.	<i>I have shortage of breath</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe nächtliche Atemaussetzer.	<i>At night I stop breathing occasionally</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nur noch im Sitzen schlafen, weil ich sonst keine Luft bekomme.	<i>I only sleep while sitting, if I do not I have trouble breathing</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schnarche sehr laut.	<i>I snore very loud</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe geschwollene Beine.	<i>My legs are swollen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wenn Sie Atemnot haben,  
wann tritt diese auf?**

**If you have shortage of breath,  
when does it normally occur?**

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bei körperlicher Anstrengung oder Belastung | <i>Exercising physically</i>        |
| <input type="checkbox"/> nachts oder im Liegen                       | <i>At night or while lying down</i> |
| <b>Haben Sie Husten? Wenn ja:</b>                                    |                                     |
| <input type="checkbox"/> trockener Husten                            | <i>Dry cough</i>                    |
| <input type="checkbox"/> Reizhusten                                  | <i>Nervous cough</i>                |
| <input type="checkbox"/> Husten mit Auswurf                          | <i>Cough with sputum</i>            |
| <input type="checkbox"/> krampfartiger Husten                        | <i>Spasmodic cough</i>              |

<b>Wann haben Sie Husten?</b>		<b>When do you cough</b>	
<input type="checkbox"/> nachts		At night	
<input type="checkbox"/> morgens		In the morning	
<input type="checkbox"/> mittags		During the day/ at noon	
<input type="checkbox"/> abends		In the evening	
<input type="checkbox"/> immer		Always	
<input type="checkbox"/> nur im Liegen		Only lying down	
		Ja/ Yes	Nein/ No
Sind Sie heiser?	Are you raspy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie Tabak?	Do you smoke tobacco/cigarettes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Atembeschwerden, wenn Sie sich anstrengen?	Do you have shortage of breath when you exercise/ are physically active	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Atembeschwerden, wenn Sie sich nicht bewegen?	Do you have shortage of breath while NOT moving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlt sich Ihr Brustkorb eingeengt an?	Do you feel pressure on your ribcage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wenn ja, wann fühlt sich ihr Brustkorb eingeengt an?</b>		<b>If so, when does your ribcage feel pressured?</b>	
<input type="checkbox"/> bei körperlicher Anstrengung oder Belastung	Being physically active or having stress		
<input type="checkbox"/> in Ruhe	While resting		
<b>Seit wann haben Sie Verdauungsprobleme?</b>		<b>Since when Do you have digestion problems?</b>	
<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		
<input type="checkbox"/> Immer	always		

	Ja/Yes	Nein/No
Ist Ihnen übel? <i>Do you feel sick?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich übergeben? <i>Did you already throw up?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja:	If so:
<input type="checkbox"/> einmal	<i>Once</i>
<input type="checkbox"/> ein- bis dreimal	<i>One to three times</i>
<input type="checkbox"/> mehr als dreimal	<i>More than three times</i>
<input type="checkbox"/> wenig	<i>A little bit</i>
<input type="checkbox"/> schwallartig	<i>Suddenly</i>
<input type="checkbox"/> mit Blutbeimengung	<i>With blood additive</i>

	Ja/ Yes	Nein/ No
HABEN SIE DURCHFALL? <i>DO YOU HAVE DIARRHEA</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja*, wie häufig hatten Sie innerhalb der letzten 24 Stunden Durchfall?	If so*, how often in the last 24 hours
<input type="checkbox"/> einmal	<i>Once</i>
<input type="checkbox"/> ein- bis dreimal	<i>1-3 times</i>
<input type="checkbox"/> mehr als dreimal	<i>More than 3 times</i>

Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl?	How do you describe the texture of your excrements?
<input type="checkbox"/> breiig	<i>Mushy</i>
<input type="checkbox"/> flüssig	<i>fluid</i>
<input type="checkbox"/> wässrig	<i>watery</i>