

## TÜRKISCH/ TÜRKÇE

### 13. Covid-19 Verdacht

#### -Covid-19 şüphesi

#### DEUTSCH

#### TÜRKÇE

|                            |          |                          |
|----------------------------|----------|--------------------------|
| Vorname                    | İsim:    | _____                    |
| Nachname                   | Soyisim: | _____                    |
| Geschlecht                 | Cinsiyet |                          |
| -weiblich                  | Kadın    | <input type="checkbox"/> |
| -männlich                  | Erkek    | <input type="checkbox"/> |
| Körpergröße in Zentimetern | Boyunuz  | _____ cm                 |
| Körpergewicht in Kilogramm | Kilonuz: | _____ kg                 |

Kommentiert [SP1]: Fragen Nr.:

2  
3  
4  
5  
6  
7  
9  
10

Kommentiert [SP2]:

**BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN. LÜTFEN UYGUN SEÇENEKLERİ İŞARETLEYİN**

|                                                                                                                                                                                                            | Ja/<br>Evet              | Nein/<br>Hayır           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Angehöriger oder Ansprechpartner<br><i>Veli, akraba veya ilgili kişi</i>                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?<br><i>Bayan olanlar: Hamile misiniz?</i>                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn Sie bestimmte Medikamente einnehmen, zeigen Sie dem Arzt bitte die<br>Medikamenten-Verpackung, wenn möglich.<br><i>Mümkünse lütfen bütün kullandığınız ilaçların ambalajını doktorunuza gösterin.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich traurig oder habe Angst.<br><i>Ben üzüntü duyuyorum veya benim korkularım var.</i>                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Panikattacken.<br><i>Bende panik atak var</i>                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kommentiert [A3]: Besprechen wir Saskia, ob das als fixe Zeile reinkommen kann.



## Erhöhte Körpertemperatur/Fieber

## Ateş

Seit wann haben Sie erhöhte

Ateşiniz ne zaman çıktı?

Körpertemperatur?

- |                                           |                                     |
|-------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ein paar Stunden | Bir kaç saat                        |
| <input type="checkbox"/> 1 Tag            | 1 gün                               |
| <input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage     | Dünden önce ama bir haftayı geçmedi |
| <input type="checkbox"/> über 1 Woche     | 1 haftayı geçti                     |
| <input type="checkbox"/> 1 Monat          | 1 ay                                |

Kommentiert [SP4]:  
172

JA/EVE  
T NEİN/  
HAYIR

|                                                                      |                                                                   |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Haben Sie Ihre Körpertemperatur mit einem Thermometer gemessen?      | Ateşinizi bir termometre ile mi ölçtünüz?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wie hoch ist die Körpertemperatur genau? Bitte aufschreiben | Evet ise, ateşiniz ne kadar? Lütfen ateşinizi not edin..: _____°C |                          |                          |
| Haben Sie Gliederschmerzen?                                          | Ağrılarınız var mı?                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Husten?                                                    | Öksürüyor musunuz?                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Husten, aber keinen blutigen Auswurf.                       | Ben öksürüyorum ama balgamımda kan bulunmuyor                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Halsschmerzen?                                             | Boğazınızda ağrı var mı?                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Halsschmerzen.                                              | Benim boğazım ağrıyor                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Schnupfen.                                                  | Ben nezleyim                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Ohrenscherzen.                                              | Benim kulağım veya kulaklarım ağrıyor                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist jemand in Ihrem direkten Umfeld erkrankt?                        | Yakın çevrenizde hasta bir kimse bulunuyor mu?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?                               | İdrar yaparken bir ağrınız oluyor mu?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Hautausschlag?                                             | Derinizde pişik veya kabartı oluşuyor mu?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Bauchschmerzen?                                            | Karnınız ağrıyor mu?                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**SEIT WANN HABEN SIE  
ATEMBESCHWERDEN? BITTE  
KREUZEN SIE ZUTREFFENDES  
AN.**

- ein paar Stunden  
 1 Tag  
 2 bis 6 Tage  
 über 1 Woche  
 1 Monat  
 immer

**SOLUNUM RAHATSIZLIĞINIZ NE  
ZAMANDIR SÜRÜYOR? LÜTFEN  
UYGUN SEÇENEKLERİ İŞARETLEYİN**

- Bir kaç saat*  
*1 gün*  
*Dünden önce ama bir haftayı geçmedi*  
*1 haftayı geçti*  
*1 ay*  
*Devamlı*

**BITTE KREUZEN SIE  
ZUTREFFENDES AN.**

**LÜTFEN UYGUN SEÇENEKLERİ  
İŞARETLEYİN**

|                                                                          |                                                                           | Ja/<br>Evet              | Nein/<br>Hayır           |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich habe Atemnot.                                                        | <i>Solunum yetmezliğim var</i>                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe nächtliche Atemaussetzer.                                       | <i>Benim geceleri nefesim kesiliyor Benim geceleri nefesim kesiliyor</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich kann nur noch im Sitzen schlafen, weil ich sonst keine Luft bekomme. | <i>Başka türlü nefes alamadığım için, sadece oturarak uyuyabiliyorum.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich schnarche sehr laut.                                                 | <i>Ben yüksek sesle horluyorum.</i>                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe geschwollene Beine.                                             | <i>Bacaklarımda şişlik var.</i>                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

**Solunum yetmezliğiniz ne zaman  
beliriyor?**

- bei körperlicher Anstrengung oder Belastung *Yorgunluktan*  
 nachts oder im Liegen *Geceleri veya uzanırken*  
 Haben Sie Husten? Wenn ja: *Öksürüyor musunuz? Evet ise:*  
 trockener Husten *Kuru öksürük / Balgamsız öksürük*  
 Reizhusten *Öksürmemi tahrik eden etkenler var*



|                                                 |                                       |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Husten mit Auswurf     | <i>Yaş öksürük / Balgamlı öksürük</i> |
| <input type="checkbox"/> krampfartiger Husten   | <i>Şiddetli öksürük</i>               |
| <input type="checkbox"/> Wann haben Sie Husten? | <i>Ne zaman öksürüyorsunuz?</i>       |
| <input type="checkbox"/> nachts                 | <i>Geceleri</i>                       |
| <input type="checkbox"/> morgens                | <i>Sabahları</i>                      |
| <input type="checkbox"/> mittags                | <i>Öğlenleri</i>                      |
| <input type="checkbox"/> abends                 | <i>Akşamları</i>                      |
| <input type="checkbox"/> immer                  | <i>Devamlı</i>                        |
| <input type="checkbox"/> nur im Liegen          | <i>Sadece yatıp uzandığım zaman</i>   |

Ja/  
Evet

Nein/  
Hayır

|                                                         |                                                                                |                          |                          |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sind Sie heiser?                                        | <i>Sesiniz kısık mı?</i>                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie Tabak?                                      | <i>Şigara kullanıyorsunuzuz?</i>                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Atembeschwerden, wenn Sie sich anstrengen?    | <i>Solunum rahatsızlığınız<br/>yorulduğunuzda mı<br/>beliriyor?</i>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Atembeschwerden, wenn Sie sich nicht bewegen? | <i>Hareket etmediğiniz halde<br/>solunum rahatsızlığı<br/>çekiyor musunuz?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fühlt sich Ihr Brustkorb eingeengt an?                  | <i>Göğüsünüzde bir daralma<br/>hissediyor musunuz?</i>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Wenn ja, wann fühlt sich  
ihr Brustkorb eingeengt  
an?**

***Evet ise, bu daralma hissini ne  
zaman hissediyorsunuz?***

|                                                                         |                          |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> bei körperlicher Anstrengung<br>oder Belastung | <i>Yorulduğumda</i>      |
| <input type="checkbox"/> in Ruhe                                        | <i>İstirahat ederken</i> |

**Seit wann haben Sie  
Verdauungsprobleme?**

**Sindirim ile alakalı şikayetiniz ne zaman  
başladı?**

|                                           |                     |
|-------------------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> ein paar Stunden | <i>Bir kaç saat</i> |
|-------------------------------------------|---------------------|



- |                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Tag        | 1 gün                               |
| <input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage | Dünden önce ama bir haftayı geçmedi |
| <input type="checkbox"/> über 1 Woche | 1 haftayı geçti                     |
| <input type="checkbox"/> 1 Monat      | 1 ay                                |
| <input type="checkbox"/> Immer        | Devamlı                             |

Ja/Eve  
t      Nein/  
Hayır

Ist Ihnen übel?  
Mide bulantısı geçiriyor musunuz?

Haben Sie sich übergeben?  
Kustuğunuz oldu mu?

Wenn ja: **Evet ise:**

- |                                             |                            |
|---------------------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> einmal             | Bir kere                   |
| <input type="checkbox"/> ein- bis dreimal   | En fazla üç defa           |
| <input type="checkbox"/> mehr als dreimal   | Üçten fazla                |
| <input type="checkbox"/> wenig              | Az / Bir ağız dolusu kadar |
| <input type="checkbox"/> schwallartig       | Çok                        |
| <input type="checkbox"/> mit Blutbeimengung | Kusarken kan geliyor       |

Ja/Eve  
t      Nein/  
Hayır

HABEN SIE DURCHFALL?  
İSHAL (AMEL) MİSİNİZ?

Wenn ja\*, wie häufig hatten Sie  
innerhalb der letzten 24 Stunden  
Durchfall? **Evet ise, son 24 saat içinde kaç defa tuvalete  
gitmeniz gerekti?**

- |                                                           |                              |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> einmal                           | Bir defa                     |
| <input type="checkbox"/> ein- bis dreimal                 | En fazla üç defa             |
| <input type="checkbox"/> mehr als dreimal                 | Üçten fazla                  |
| <input type="checkbox"/> Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl? | Dışkıınızın hangi özellikte? |
| <input type="checkbox"/> breiig                           | Peltemsi                     |
| <input type="checkbox"/> flüssig                          | Sıvı                         |
| <input type="checkbox"/> Wässrig                          | Sulu                         |