

## Französisch/ Français

### 13. Covid-19 Verdacht - Covid-19 soupçons

#### DEUTSCH

#### FRANÇAIS

Vorname	prénom :
Nachname	nom :
Geschlecht	Sexe
-weiblich	Féminin <input type="checkbox"/>
-männlich	Masculin <input type="checkbox"/>
Körpergröße in Zentimetern	Taille en centimètre:
	cm
Körpergewicht in Kilogramm	Poids en kilogram
	kg

Kommentiert [SP1]: Fragen Nr.:

2  
3  
4  
5  
6  
7  
9  
10

**BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN. VEUILLEZ COCHER LA CASE CORRESPONDANTE.**

	Ja/ oui	Nein/ non
Angehöriger oder Ansprechpartner Membre de la famille ou personne à contacter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Pour les femmes : êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie bestimmte Medikamente einnehmen, zeigen Sie dem Arzt bitte die Medikamenten-Verpackung, wenn möglich. <i>Si vous prenez des médicaments, veuillez s'il vous plaît montrer leurs emballages au médecin, si possible.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich traurig oder habe Angst. <i>Je me sens triste/ je suis anxieuse/ j'ai peur.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe Panikattacken.

*J'ai eu une crise de panique.*

### Erhöhte Körpertemperatur /Fieber

Seit wann haben Sie erhöhte

Körpertemperatur?

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

### Température corporelle élevée/ Fièvre

*Depuis quand est-ce que vous avez de la fièvre ?*

- Quelques heures*
- 1 jour*
- De 2 à 6 jours*
- Depuis plus d'une semaine*
- 1 mois*

Ja/    Nein/  
oui    non

Haben Sie Ihre Körpertemperatur mit einem Thermometer gemessen? *Avez-vous mesuré votre température avec un thermomètre ?*

Wenn ja, wie hoch ist die Körpertemperatur genau? *Si oui, veuillez écrire la valeur obtenue*  
: \_\_\_\_\_ °C  
Bitte aufschreiben

Haben Sie Gliederschmerzen? *Avez-vous mal aux extrémités ?*

Haben Sie Husten? *Est-ce que vous avez de la toue ?*

Ich habe Husten, aber keinen blutigen Auswurf. *Je tousse mais je n'ai pas craché du sang en toussant.*

Haben Sie Halsschmerzen? *Avez-vous mal à la gorge?*

Ich habe Schnupfen. *Etes-vous enrhumé ?*

Ich habe Ohrenschmerzen. *J'ai mal aux oreilles*

Ist jemand in Ihrem direkten Umfeld erkrankt? *Est-ce que quelqu'un de votre entourage proche est malade ?*

Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? *Avez-vous mal lorsque vous urinez ?*

Haben Sie Hautausschlag? *Avez-vous une éruption cutanée?*

Kommentiert [SP2]:  
172



Haben Sie Bauchschmerzen? *Avez-vous au ventre?*

### ATEMBESCHWERDEN

1 Tag

2 bis 6 Tage

über 1 Woche

1 Monat

immer

### PROBLÈMES RESPIRATOIRES

1 Jour

De 2 à 6 jours

Depuis plus d'un mois

1 mois

Toujours

### BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES AN.

### VEUILLEZ COCHER LES CASES CORRESPONDANTES

		Ja/ oui	Nein/ non
Ich habe Atemnot.	<i>J'ai des difficultés à respirer.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe nächtliche Atemaussetzer.	<i>Je fais des apnées de sommeil (arrêt respiratoire de courte durée).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nur noch im Sitzen schlafen, weil ich sonst keine Luft bekomme.	<i>Je ne peux dormir qu'en étant assis(e) sinon je n'arrive plus à respirer.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schnarche sehr laut.	<i>Je ronfle très fort.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe geschwollene Beine.	<i>J'ai les jambes enflées.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

### Sous quelles circonstances avez-vous du mal à respirer ?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> bei körperlicher Anstrengung oder Belastung | <i>pendant l'effort physique ou le stress</i> |
| <input type="checkbox"/> nachts oder im Liegen                       | <i>La nuit/ ou en étant allongé</i>           |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie Husten? Wenn ja:                  | <i>Toussez-vous ? si oui</i>                  |
| <input type="checkbox"/> trockener Husten                            | <i>Toux sèche</i>                             |
| <input type="checkbox"/> Reizhusten                                  | <i>Toux irritative</i>                        |



<input type="checkbox"/> Husten mit Auswurf	<i>Toux avec crachat</i>
<input type="checkbox"/> krampfartiger Husten	<i>Toux spasmodique</i>
<input type="checkbox"/> Wann haben Sie Husten?	<i>Quand toussiez vous ?</i>
<input type="checkbox"/> nachts	<i>La nuit</i>
<input type="checkbox"/> morgens	<i>Le matin</i>
<input type="checkbox"/> mittags	<i>A midi</i>
<input type="checkbox"/> abends	<i>Le soir</i>
<input type="checkbox"/> immer	<i>Toujours</i>
<input type="checkbox"/> nur im Liegen	<i>Qu'en étant allongé</i>

Ja/  
oui      Nein/  
non

Sind Sie heiser?	<i>Avez-vous la voix enrouée</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie Tabak?	<i>Fumez-vous du tabac?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Atembeschwerden, wenn Sie sich anstrengen?	<i>Avez-vous des problèmes respiratoires à l'efforts ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Atembeschwerden, wenn Sie sich nicht bewegen?	<i>Avez-vous des problèmes respiratoires lorsque vous êtes au repos ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlt sich Ihr Brustkorb eingeengt an?	<i>Avez-vous l'impression que votre cage thoracique s'étrécie ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, wann fühlt sich  
ihr Brustkorb eingeengt  
an?

*Si oui, quant-est ce vous ressentiez  
cela ?*

<input type="checkbox"/> bei körperlicher Anstrengung oder Belastung	<i>pendant l'effort physique ou le stress</i>
<input type="checkbox"/> in Ruhe	<i>Au repos</i>

**SEIT WANN HABEN SIE  
VERDAUUNGSPROBLEME?**

**DEPUIS QUAND AVEZ-VOUS DES  
PROBLEMES DIGESTIFS?**

<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	<i>Depuis quelques heures</i>
<input type="checkbox"/> 1 Tag	<i>1 Jour</i>
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	<i>De 2 à 6 jours</i>



MEDIZINISCHE  
FLÜCHTLINGSHILFE  
DÜSSELDORF

Französisch/ Français  
Covid 19 Verdacht  
- Covid-19 soupçons

Name/ Nom:  
Geburtsdatum/Date de naissance:

Datum:

Letzte Änderung: April 2020

- |                                       |                              |  |  |
|---------------------------------------|------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> über 1 Woche | <i>Depuis plus d'un mois</i> |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1 Monat      | <i>1 mois</i>                |  |  |
| <input type="checkbox"/> Immer        | <i>Toujours</i>              |  |  |

- |   | Ja/oui                   | Nein/non                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Ist Ihnen übel?<br><i>Est-ce vous avez la nausée ?</i>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie sich übergeben?<br><i>Est-ce que vous avez des vomissements</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| Wenn ja:                                    | Si oui:               |
| <input type="checkbox"/> einmal             | <i>1 fois</i>         |
| <input type="checkbox"/> ein- bis dreimal   | <i>1-3 fois</i>       |
| <input type="checkbox"/> mehr als dreimal   | <i>Plus de 3 fois</i> |
| <input type="checkbox"/> wenig              | <i>Peu</i>            |
| <input type="checkbox"/> schwallartig       | <i>Par jet</i>        |
| <input type="checkbox"/> mit Blutbeimengung | <i>Avec du sang</i>   |

- |  | Ja/<br>oui               | Nein/<br>non             |
|--|--------------------------|--------------------------|
| HABEN SIE DURCHFALL?<br><i>EST CE QUE VOUS AVEZ LA DIARHEE</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |   |   |
|---|---|
| Wenn ja*, wie häufig hatten Sie innerhalb der letzten 24 Stunden Durchfall? | <i>Si oui*, avec quelle fréquence avez-vous eu la diarrhée au cours des dernières 24 heures ?</i> |
| <input type="checkbox"/> einmal   | <i>Une fois</i>   |
| <input type="checkbox"/> ein- bis dreimal                                   | <i>Une à trois fois</i>   |
| <input type="checkbox"/> mehr als dreimal                                   | <i>Plus de trois fois</i>   |
| <input type="checkbox"/> Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl?                   | <i>Quelle consistance ont vos selles ?</i>  |
| <input type="checkbox"/> breiig   | <i>Molle</i>  |
| <input type="checkbox"/> flüssig  | <i>Liquide</i>  |
| <input type="checkbox"/> Wässrig  | <i>Aqueuse</i>  |

- |                           | JA/<br>OUI                                  | NEIN/<br>NON                                      |
|---------------------------|---|---|
| Haben Sie Blut im Stuhl?* | <i>Avez-vous du sang dans vos selles ?*</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Haben Sie Fieber?\* *Avez-vous de la fièvre ?*

Haben Sie Verstopfung? *Êtes-vous constipé ?*

Wenn ja, wann war Ihr  
letzter Stuhlgang?

*Si oui, de quand datent vos dernières  
selles ?*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> vor 3 Tagen                       | <i>De 3 jours</i>                         |
| <input type="checkbox"/> vor 5 Tagen                       | <i>De 5 jours</i>                         |
| <input type="checkbox"/> vor mehr als einer Woche          | <i>De plus d'une semaine</i>              |
| <input type="checkbox"/> Wie viel Flüssigkeit trinken Sie? | <i>Combien d'eau buvez-vous par jour?</i> |
| <input type="checkbox"/> weniger als 1 Liter am Tag        | <i>Moins d'un litre</i>                   |
| <input type="checkbox"/> 1 bis 2 Liter am Tag              | <i>1 à 2 litre par jour</i>               |
| <input type="checkbox"/> mehr als 2 Liter am Tag           | <i>Plus que 2 litre par jour</i>          |

**JA/  
OUI**    **NEIN/  
NON**

Ich habe weniger Appetit als sonst. *J'ai moins d'appétit que  
d'habitude.*

Ich habe so viel Appetit wie immer. *J'ai autant d'appétit que  
d'habitude.*

Haben Sie etwas Verdorbenes gegessen? *Avez-vous mangé quelque chose de  
pourri?*

Ist jemand in Ihrem direkten Umfeld  
erkrankt? *Quelqu'un de votre entourage  
proche est-il malade ?*