

## Triage-Fragebogen: COVID-19

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

[www.mvz-gi.de](http://www.mvz-gi.de)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

	Nein	Ja
Waren Sie kürzlich <b>verreist</b> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <b>Wenn JA:</b> Land / Ort _____ <b>Aufenthalt bis:</b> _____
Haben Sie Kontakt mit einem <b>bestätigten Corona-Patient</b> gehabt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein <b>Corona Verdacht</b> besteht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Symptome	Nein	Ja	Symptombeginn
Akute Luftnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	max. C°
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt \_\_\_\_\_