

**AGAPLESION EVANGELISCHES KRANKENHAUS MITTELHESSEN, Gießen**

**- TRIAGE-FRAGEBOGEN COVID-19 -  
- TRIYAJ SORU ANKETI COVID-19-**

<b>Patientendaten</b>  <b>(TR) Hasta bilgileri</b>	<i>Hastatetiketi yada Hasta bilgileri (Isim, Adres, Postakodu &amp; Ikamet Yeri)</i> ..... ..... ..... .....	<b>EVANGELISCHES KRANKENHAUS MITTELHESSEN</b> gemeinnützige GmbH Akademisches Lehrkrankenhaus der Justus-Liebig-Universität Gießen  KRISENSTAB COVID-19 S2 / S3  Für Klinik, Sprechstunden  Erstellt: Krug/Biallas 17.03.2020
	<b>(TR) Hastanın iletisim bilgileri</b>	Tel.-Nr.:
<b>(TR) Geldigi Yer/ Ulasim yolu</b>	<input type="checkbox"/> Zuhause <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> privat/ laufend <input type="checkbox"/> liegend KTW/RTW <input type="checkbox"/> Evden <input type="checkbox"/> Hastahanedan <input type="checkbox"/> Huzurevi <input type="checkbox"/> yürüyerek <input type="checkbox"/> uzanarak / ambulans yada Tasima araci ile	

**RISK ALANLARI / IKAMETGAH / ILETISIM & TEMAS**

**(TR) Son zamanlarda sevehat ettinizmi?**  evet  hayir

**(TR)- EVET ise:** Ülke / Sehir / Ilce: ..... Dönüs / Seyehat süresi ..... (Tarih)

**(TR) Koronavirüs pozitif bir kişi ile temasınız oldu mu?**  Evet  Hayir  
nein

**(TR) Koronavirüs olduđundan řüphelenilen biri ile temasa geçtiniz mi?**  Evet  Hayir

**(TR) Bilmemiz gereken diđer bilgiler:** .....

**#Wenn eine Frage mit JA beantwortet wird, dann direkter Kontakt telefonisch 0641 – 9606 6700 (COVID-Infotelefon)! Wenn nein, weiter unten fortführen.**

**RAHATSIZLIK BELIRTILERI**

Symptom Semptomlar	Ja Evet	Nein Hayir	Beginn (Datum) Baslangic (Tarih)
Luftnot Nefes darligi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Fieber >38,0°C Yüksek Ates >38,0 °C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Husten Öksürük	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**Bir soru EVET ile cevaplanırsa, 0641 - 9606 6700 numaralı telefondan doğrudan iletisim kurun (COVID bilgi telefonu)!**

Hastanın imzasi / Tarih

Dokumentation durch/Arzt:  
Doktor tarafından dokümentasyon:

.....(Name) (Isim)

.....(Name) (Isim)

.....(Unterschrift) (Imza)

.....(Unterschrift) (Imza)

.....(Datum/Ort) (Tarih/ Yer)