



TRIAGEBOGEN

Patientenaufkleber

Datum:

Angehörige: _____

Telefon: _____

Temperatur: _____

Sättigung: _____

**Hatten Sie in den letzten 14 Tagen oder
haben Sie aktuell:**

Husten: Ja Nein

Halsschmerzen: Ja Nein

Kopfschmerzen Ja Nein

Fieber Ja Nein

Verlust von Geruchs-/Geschmackssinn: Ja Nein

**Waren Sie in den letzten 14 Tagen im
Ausland/Risikogebiet:** Ja Nein

Haben Sie einen positiven Covidbefund: Ja Nein

Bei positivem Covidbefund **Datum:** _____

**Hatten Sie in den letzten 14 Tagen
Kontakt zu Corona-Patienten:** Ja Nein

Kommentar zur Kontrolle:

Unterschrift Mitarbeiter: