



ENGLISCH/ENGLISH

5. Verdauungsprobleme - digestion problems

SEIT WANN HABEN SIE VERDAUUNGSPROBLEME?

SINCE WHEN DO YOU HAVE DIGESTION PROBLEMS?

Wenn alle mit * markierten Punkte zutreffen,
besteht wahrscheinlich erhöhte
Ansteckungsgefahr und eine Isolation des
Patienten wird empfohlen.

*If all with an * marked points, are marked relevant, it is
probable that the status is infectious and an isolation of the
patient is recommended*

ein paar Stunden

Few hours

1 Tag

1 day

2 bis 6 Tage

2 to 6 days

über 1 Woche

More than one week

1 Monat

1 month

Immer

always

Ja/Yes

Nein/No

Ist Ihnen übel?
Do you feel sick?

Haben Sie sich übergeben?
Did you already throw up?

Wenn ja:

If so:

einmal

Once

ein- bis dreimal

One to three times

mehr als dreimal

More than three times

wenig

A little mit

schwallartig

Suddenly

mit Blutbeimengung

With blood additive

Ja/

Nein/ No

Yes



HABEN SIE DURCHFALL? <i>DO YOU HAVE DIARRHEA</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja*, wie häufig hatten Sie innerhalb der letzten 24 Stunden Durchfall?	<i>If so*, how often in the last 24 hours</i>		
<input type="checkbox"/> einmal	<i>Once</i>		
<input type="checkbox"/> ein- bis dreimal	<i>1-3 times</i>		
<input type="checkbox"/> mehr als dreimal	<i>More than 3 times</i>		
Welche Konsistenz hat Ihr Stuhl?		<i>How do you describe the texture of your excrements?</i>	
<input type="checkbox"/> breiig	<i>Mushy</i>		
<input type="checkbox"/> flüssig	<i>fluid</i>		
<input type="checkbox"/> Wässrig	<i>watery</i>		
		JA/ YES	NEIN/ NO
Haben Sie Blut im Stuhl?*	<i>Is there blood in your excrements?*</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Fieber?*	<i>Do you have a fever?*</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Verstopfung?	<i>Do you suffer costiveness</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann war Ihr letzter Stuhlgang?		When was did you lastly defecate?	
<input type="checkbox"/> vor 3 Tagen	<i>3 days ago</i>		
<input type="checkbox"/> vor 5 Tagen	<i>5 days ago</i>		
<input type="checkbox"/> vor mehr als einer Woche	<i>More than one week ago</i>		
Wie viel Flüssigkeit trinken Sie?		<i>How much liquid do you take in?</i>	
<input type="checkbox"/> weniger als 1 Liter am Tag	<i>Less than one litre per day</i>		
<input type="checkbox"/> 1 bis 2 Liter am Tag	<i>1-2 litres per day</i>		
<input type="checkbox"/> mehr als 2 Liter am Tag	<i>More than 2 liters per day</i>		
		JA/	NEIN/



		YES	NO
Ich habe weniger Appetit als sonst.	<i>I have less appetite than usual.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe so viel Appetit wie immer.	<i>My appetite is the same as usual.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht die Möglichkeit, dass Sie etwas Verdorbenes gegessen haben?	<i>Does the possibility exist that you ate something spoiled</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist jemand in Ihrem direkten Umfeld erkrankt?	<i>Is somebody in your near surroundings sick?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>