

# Symptom-Tagebuch



Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Datum	Körper-temperatur*	Atemnot	Husten	Schnupfen	Kopf- und Gliederschmerzen	Geruchssinn beeinträchtigt	Geschmackssinn beeinträchtigt	sonstige körperliche Symptome

\* Die Körpertemperatur ist täglich zur **gleichen** Uhrzeit zu messen!

Ich war in den letzten 14 Tagen im Ausland  Ja  Nein wenn ja, wo: \_\_\_\_\_  
 Ich hatte in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer mit dem Coronavirus erkrankten Person  Ja  Nein

Ich versichere, dass ich meine Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Symptom-Tagebuch

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Datum	Körper- temperatur*	Atemnot	Husten	Schnupfen	Kopf- und Gliederschmerzen	Geruchssinn beeinträchtigt	Geschmackssinn beeinträchtigt	sonstige körperliche Symptome

\* Die Körpertemperatur ist täglich zur **gleichen** Uhrzeit zu messen!

Ich war in den letzten 14 Tagen im Ausland  Ja  Nein wenn ja, wo: \_\_\_\_\_

Ich hatte in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer mit dem Coronavirus erkrankten Person  Ja  Nein

Ich versichere, dass ich meine Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift