IMMANUEL ALBERTINEN DIAKONIE

Hygiene- und Infektionsmanagement

Symptomtagebuch Covid-19

☐ Personal

Name: _____

Einrichtung: _____

☐ Patient / Bewohner

Name: _____

Kontaktdaten: _____

Datum TT.MM.JJJJ	Fieber über 38°C*	Temperatur Morgens/Abends	Husten*	Hals-schmerzen*	Kurz-atmigkeit*	Geschmacks-/ Geruchsverlust*	Gelenk-schmerzen*	Durchfall/ Erbrechen*	Bindehaut-entzündung*	Sonstige	Falls eigene Symptomatik auftritt, **Kontakt** mit….

*** Temperatur bitte täglich morgens und abends messen und eintragen; Einträge zur eigenen Symptomatik ggf. abkürzen (N=Nein, J=Ja, WN=weiß nicht)**

IMMANUEL ALBERTINEN DIAKONIE

Hygiene- und Infektionsmanagement

Symptomtagebuch Covid-19

Datum TT.MM.JJJJ	Fieber über 38°C*	Temperatur Morgens/Abends	Husten*	Hals-schmerzen*	Kurz-atmigkeit*	Geschmacks-/ Geruchsverlust*	Gelenk-schmerzen*	Durchfall/ Erbrechen*	Bindehaut-entzündung*	Sonstige	Falls eigene Symptomatik auftritt, **Kontakt** mit….

*** Temperatur bitte täglich morgens und abends messen und eintragen; Einträge zur eigenen Symptomatik ggf. abkürzen (N=Nein, J=Ja, WN=weiß nicht)**