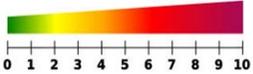
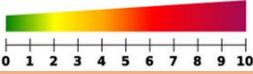
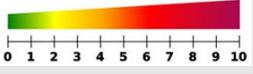
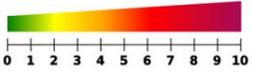
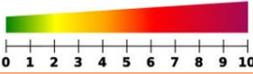
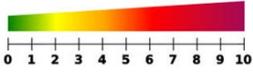
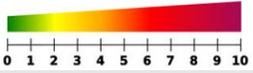
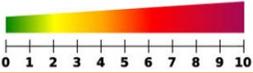
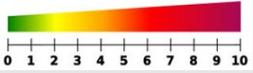
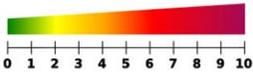
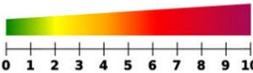
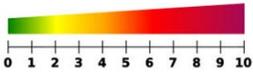


(4F) Bogen zur Selbstbeobachtung Covid-19 Name: _____ Datum Testung: _____

1:

Wenn Sie bei Atemnot einen Wert über 3 eintragen, oder sich plötzlich schlecht fühlen, rufen Sie bitte sofort Hausarzt/Hausärztin, oder 144 an.

Bitte denken Sie an an den Tag, an dem Sie erstmals Beschwerden hatten. Dieser ist Tag 1. Von diesem ausgehend, tragen Sie bitte Ihre Beschwerden an den Tagen 5, 7, 8, 10, 14 ein. Zusätzlich vermerken Sie bitte den Tag und Ihre Beschwerden als Sie Ihren Hausarzt/Hausärztin aufgesucht haben.

	Datum	Temp. max/ Tag	Krankheits- gefühl	Atemnot	Schwäche	Schmerzen	Husten	Brust- enge	Weitere Symptome		
erste Symptome = Tag 1						Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Verlust v. Geruch/ Geschmack	Ja/nein
						Kopf	Ja/nein			Durchfall	Ja/nein
						Hals	Ja/nein			Bauchweh	Ja/nein
						Ohren	Ja/nein				
erster Arztkontakt = Tag						Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Verlust v. Geruch/ Geschmack	Ja/nein
						Kopf	Ja/nein			Durchfall	Ja/nein
						Hals	Ja/nein			Bauchweh	Ja/nein
						Ohren	Ja/nein				
Tag 5						Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Verlust v. Geruch/ Geschmack	Ja/nein
						Kopf	Ja/nein			Durchfall	Ja/nein
						Hals	Ja/nein			Bauchweh	Ja/nein
						Ohren	Ja/nein				
Tag 7						Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Verlust v. Geruch/ Geschmack	Ja/nein
						Kopf	Ja/nein			Durchfall	Ja/nein
						Hals	Ja/nein			Bauchweh	Ja/nein
						Ohren	Ja/nein				

(4F) Bogen zur Selbstbeobachtung Covid-19 Name: _____ Datum Testung: _____

2:

Wenn Sie bei Atemnot einen Wert über 3 eintragen, oder sich plötzlich schlecht fühlen, rufen Sie bitte sofort Hausarzt/Hausärztin, oder 144 an.

Bitte denken Sie an an den Tag, an dem Sie erstmals Beschwerden hatten. Dieser ist Tag 1. Von diesem ausgehend, tragen Sie bitte Ihre Beschwerden an den Tagen 5, 7, 8, 10, 14 ein. Zusätzlich vermerken Sie bitte den Tag und Ihre Beschwerden als Sie Ihren Hausarzt/Hausärztin aufgesucht haben.

Datum	Temp. höchste / Tag	Krankheitsgefühl	Atemnot	Schwäche	Schmerzen		Husten	Brustenge	Weitere Symptome	
Tag 8					Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Verlust v. Geruch/ Geschmack	Ja/nein
					Kopf	Ja/nein				
					Hals	Ja/nein				
					Ohren	Ja/nein				
Tag 10					Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Verlust v. Geruch/ Geschmack	Ja/nein
					Kopf	Ja/nein				
					Hals	Ja/nein				
					Ohren	Ja/nein				
Tag 14					Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Verlust v. Geruch/ Geschmack	Ja/nein
					Kopf	Ja/nein				
					Hals	Ja/nein				
					Ohren	Ja/nein				
zusätzlicher Tag: _____					Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Verlust v. Geruch/ Geschmack	Ja/nein
					Kopf	Ja/nein				
					Hals	Ja/nein				
					Ohren	Ja/nein				