

(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.

Datum	Temp. max/ Tag	Krankheits- gefühl	Atemnot	Schwäche	Schmerzen		Husten	Brust- enge	Weitere Symptome	
Tag —					Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Verlust v. Geruch/ Geschmack	Ja/nein
					Kopf	Ja/nein				
					Hals	Ja/nein				
					Ohren	Ja/nein				
Tag —					Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Verlust v. Geruch/ Geschmack	Ja/nein
					Kopf	Ja/nein				
					Hals	Ja/nein				
					Ohren	Ja/nein				
Tag —					Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Verlust v. Geruch/ Geschmack	Ja/nein
					Kopf	Ja/nein				
					Hals	Ja/nein				
					Ohren	Ja/nein				
Tag —					Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Verlust v. Geruch/ Geschmack	Ja/nein
					Kopf	Ja/nein				
					Hals	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.

	Datum	Temp. höchste / Tag	Krankheitsgefühl	Atemnot	Schwäche	Schmerzen		Husten	Brustenge	Weitere Symptome			
Tag —						Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Verlust v. Geruch/ Geschmack	Ja/nein		
						Kopf	Ja/nein						
						Hals	Ja/nein					Durchfall	Ja/nein
						Ohren	Ja/nein						
Tag —						Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Verlust v. Geruch/ Geschmack	Ja/nein		
						Kopf	Ja/nein						
						Hals	Ja/nein					Durchfall	Ja/nein
						Ohren	Ja/nein						
Tag —						Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Verlust v. Geruch/ Geschmack	Ja/nein		
						Kopf	Ja/nein						
						Hals	Ja/nein					Durchfall	Ja/nein
						Ohren	Ja/nein						
Tag —						Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Verlust v. Geruch/ Geschmack	Ja/nein		
						Kopf	Ja/nein						
						Hals	Ja/nein					Durchfall	Ja/nein
						Ohren	Ja/nein						