

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. höchste / Tag	Krankheits- gefühl	Atemnot	Schwäche	Schmerzen		Husten	Brust- enge	Weitere Symptome	
					Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Geschmack	Ja/nein
					Kopf	Ja/nein			Geruch	Ja/nein
					Hals	Ja/nein			Durchfall	Ja/nein
					Ohren	Ja/nein			Bauchweh	Ja/nein
					Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Geschmack	Ja/nein
					Kopf	Ja/nein			Geruch	Ja/nein
					Hals	Ja/nein			Durchfall	Ja/nein
					Ohren	Ja/nein			Bauchweh	Ja/nein
					Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Geschmack	Ja/nein
					Kopf	Ja/nein			Geruch	Ja/nein
					Hals	Ja/nein			Durchfall	Ja/nein
					Ohren	Ja/nein			Bauchweh	Ja/nein
					Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Geschmack	Ja/nein
					Kopf	Ja/nein			Geruch	Ja/nein
					Hals	Ja/nein			Durchfall	Ja/nein
					Ohren	Ja/nein			Bauchweh	Ja/nein

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	Krankheits- gefühl	Atemnot	Schwäche	Schmerzen		Husten	Brust- enge	Weitere Symptome	
					Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Geschmack	Ja/nein
					Kopf	Ja/nein			Geruch	Ja/nein
					Hals	Ja/nein			Durchfall	Ja/nein
					Ohren	Ja/nein			Bauchweh	Ja/nein
					Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Geschmack	Ja/nein
					Kopf	Ja/nein			Geruch	Ja/nein
					Hals	Ja/nein			Durchfall	Ja/nein
					Ohren	Ja/nein			Bauchweh	Ja/nein
					Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Geschmack	Ja/nein
					Kopf	Ja/nein			Geruch	Ja/nein
					Hals	Ja/nein			Durchfall	Ja/nein
					Ohren	Ja/nein			Bauchweh	Ja/nein
					Glieder	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein	Geschmack	Ja/nein
					Kopf	Ja/nein			Geruch	Ja/nein
					Hals	Ja/nein			Durchfall	Ja/nein
					Ohren	Ja/nein			Bauchweh	Ja/nein