**Tagebuch zu Symptomen und Kontakten –täglich ab dem 14. Tag vor Aufnahme auszufüllen.**

Geplantes Datum des Test/der stationären Aufnahme:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tag** | **Datum** | **Regeln eingehalten – Kontakte auf das Nötige reduziert?**  (ja/nein) | **Kontakt zu Person mit Fieber oder akuten Erkältungs-symptomen?**  (ja/nein) | **Fieber**  (ja/nein) | **Husten**  (ja/nein) | **Andere Symptome?** (ja/nein)  (Erkältungssymptome, Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit) |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| Tag der Testung/Aufnahme | | | | | | |