

Nachname:

Vorname:

Tel.Nr.:

Adresse:

Tagebuch für Kontaktpersonen/ Erkrankte Personen mit SARS-CoV-2

In diesem Tagebuch dokumentieren Sie ab Ihrem letzten Kontakt zu einer positiv getesteten Person bzw. ab dem letzten Tag Ihres Aufenthaltes in einem der vom RKI benannten Risikogebiete über 14 Tage das Freisein von bzw. das Auftreten von Symptomen (siehe Tabelle), zweimal täglich Ihre gemessene Körpertemperatur, allgemeine Aktivitäten und Ihre Kontakte zu anderen Personen. Nach Ablauf der 14 Tage senden Sie das ausgefüllte Tagebuch (Teil I des Bogens) an die im Anschreiben angegebene Adresse des Gesundheitsamtes.

Teil I: Tägliche Dokumentation des Gesundheitszustandes

Tag	Datum	Gesundheitszustand nach tel. Auskunft: Symptomatik (N=Nein, J=Ja, WN=weiß nicht)						
		Temperatur (°C)		Husten (ja, nein)	Halsschmerzen (ja, nein)	Kurzatmigkeit (ja, nein)	Unspezifische Allgemeinsymptome (z.B. Kopfschmerzen, Unwohl- sein, Abgeschlagenheit) (ja; wenn ja, welche? / nein?)	Sonstiges (Besonderheiten etc.)
		vormittags	nachmittags					
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								

Nachname:

Vorname:

Tel.Nr.:

Adresse:

Tag	Datum	Gesundheitszustand nach tel. Auskunft: Symptomatik (N=Nein, J=Ja, WN=weiß nicht)						
		Temperatur (°C)		Husten (ja, nein)	Halsschmerzen (ja, nein)	Kurzatmigkeit (ja, nein)	Unspezifische Allgemeinsymptome (z.B. Kopfschmerzen, Unwohl- sein, Abgeschlagenheit) (ja; wenn ja, welche? / nein?)	Sonstiges (Besonderheiten etc.)
		vormittags	nachmittags					
12.								
13.								
14.								

Tel.Nr.:

Bitte führen Sie in dieser Liste namentlich die Personen auf, mit denen Sie während der Zeit Ihrer häuslichen Absonderung/ Quarantäne **engen, persönlichen Kontakt** hatten.

<u>Art des Kontaktes</u>	
S	Mindestens 15-minütiger persönlicher Sprechkontakt z.B. im Rahmen eines Gesprächs, hatten. Dazu gehören z.B. Personen aus Lebensgemeinschaften im selben Haushalt.
K	Direkter Kontakt zu Körperflüssigkeiten/ Sekreten, wie z.B. Küssen, Kontakt zu Erbrochenem, Mund-zu-Mund Beatmung, Anhusten, Anniesen, etc.
P	Pflegerische Handlung oder medizinische Behandlung
And	Andere Art von Kontakt (bitte eintragen, welcher)

Name des Erkrankten	
---------------------	--

Datum (letzter Kontakt)	Kontaktart (S, K, P, And)	Vor- und Nachname	Geb.-Datum	Anschrift (Straße, HNr., PLZ, Ort)	Tel.-Nr.

Nachname:

Vorname:

Tel.Nr.:

Adresse:

Datum (letzter Kontakt)	Kontaktart (S, K, P, And)	Vor- und Nachname	Geb.-Datum	Anschrift (Straße, HNr., PLZ, Ort)	Tel.-Nr.

Nachname:

Vorname:

Tel.Nr.:

Adresse:

Datum (letzter Kontakt)	Kontaktart (S, K, P, And)	Vor- und Nachname	Geb.-Datum	Anschrift (Straße, HNr., PLZ, Ort)	Tel.-Nr.