

## Patienten-Tagebuch | Covid-19

Name/Vorname:	Sozialversicherungsnummer
---------------	---------------------------

Als Patient sind Sie verpflichtet, dieses „Patienten-Tagebuch | Covid-19“ ab 14 Tagen vor Anreise laufend zu führen und bei Ihrer Ankunft vorzulegen.

Bei Temperaturerhöhungen (höher als 37,5 °C) oder bei Auftreten von Symptomen, melden Sie sich umgehend telefonisch unter 02812/8681-251 in der Zeit von 8.00 bis 12.00 Uhr Montag bis Freitag.

Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:

Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:
Datum:	Temperatur (Morgen):	Temperatur (Abend):	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/> Verlust Geschmacks- oder Geruchssinn <input type="checkbox"/>	Unterschrift:

- Hiermit bestätige ich, dass ich in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall hatte.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherter

VORLAGE  
Freigabe vom: 11.05.2020, Version 1  
Erstellt von: Hotel-Rezeption