

Nachname:

Vorname:

Tel.Nr.:

Adresse:

**Tagebuch für aus dem Krankenhaus entlassene PatientInnen, die dort engen Kontakt mit COVID-19 hatten -  
- Kontaktpersonen Kategorie I -**

In diesem Tagebuch dokumentieren Sie ab Entlassung aus der stationären Versorgung im Krankenhaus für den Zeitraum Ihrer Quarantäne (über mindestens 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. Tragen Sie oben auf dieser Seite ihren vollständigen Namen, ihre Telefonnummer und ihre Adresse ein.

**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, Unwohlsein, Abgeschlagenheit)  (ja; wenn ja, welche? / nein?)	Sonstiges (Besonderheiten etc.)
		vormittags	nachmittags					
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								

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; w enn ja, w elche? / nein?)	Sonstiges (Besonderheiten etc.)
		vormittags	nachmittags					
10								
11.								
12.								
13.								
14.								

Nachname:

Vorname:

Tel.Nr.:

Adresse:

## **Teil II: Kontaktpersonen-Liste**

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

**Senden Sie die Kontaktpersonenliste nur dann an das zuständige Gesundheitsamt zurück, wenn Sie selbst im Zeitraum Ihrer häuslichen Isolierung Symptome entwickeln und SARS-CoV-2 bei Ihnen nachgewiesen wird.**

### **Art des Kontaktes**

- 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**

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

Nachname:

Vorname:

Tel.Nr.:

Adresse:

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