Symptomtagebuch vor der Aufnahme im BHZ für _____ geb. am_____

Sehr geehrte Patient*innen,

aufgrund der aktuellen Pandemie-Lage bitten wir Sie, 3 Tage vor der Aufnahme zweimal täglich Fieber zu messen, die untenstehende Tabelle auszufüllen und zur geplanten Aufnahme mitzubringen.

Bitte beantworten sie uns zusätzlich drei Fragen:

Wurden sie bereits gegen COVID-19 geimpft? ☐ NEIN ☐ JA (bitte Datum angeben):_____

Waren sie bereits an einer COVID-19-Infektion erkrankt? ☐ NEIN ☐ JA (bitte Datum angeben):_____

Hatten sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu Menschen mit einer COVID-19-Infektion? ☐ NEIN ☐ JA

Ihr Team des Behandlungszentrums für psychische Gesundheit bei Entwicklungsstörungen.

Datum	Temperatur morgens	Temperatur abends	Husten		Halsschmerzen		Kurzatmigkeit		Sonstige Symptome
			Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	