

Datum	Eigene Symptomatik X =Nein, ✓ =Ja, ? =weiß nicht											
z.B. 1.1.2020	Fieber (Temperatur eintragen)	Husten	Hals- schmerzen	Kurzatmig- keit	Störung Geruch-/ Geschmacks- sinn	Übelkeit	Erbrechen	Durchfall	Schnupfen	Kopf- schmerzen	Glieder- schmerzen	Sonstiges

Bitte füllen Sie folgendes Feld aus, wenn Symptome auftreten, die nicht in der Tabelle aufgeführt sind:

<b>Sonstiges:</b>          
---