Nachname: _____ Vorname:_____ Tel.Nr.:_____

„Tagebuch“

Ich gehöre zu: ☐ärztlichem Personal ☐Pflegepersonal ☐Laborpersonal

☐ Familienmitglied

☐ Passagier im selben Flugzeug wie der(die) Patient(in)

☐ anderes: _____

Datum	**Kontakt**	**Schutz**		**Eigene Symptomatik (N=Nein, J=Ja, WN=weiß nicht)**						
z.B. Mo, 3.2.14	Art des Kontaktes (s.u.)(alle zutreffenden eintragen)	Art des Schutzes (s.u.)(alle zutreffenden eintragen)		Fieber (ja, nein)	Temperatur	Husten (ja, nein)	Hals-schmerzen (ja, nein)	Kurz-atmigkeit	Sonstige	Falls eigene Symptomatik auftritt, Kontakt mit….

KODIERUNGSTABELLE:

Art des Kontaktes		Art des Schutzes	
0	Kein Kontakt	0	keiner
S	Mindestens 15-minütiger Sprechkontakt	M1	OP-Maske oder FFP1-Maske
P	Pflegerische oder ärztliche Handlung am Patienten	M2	FFP2-Maske
Ä	Ärztliche Handlung am Patienten	M3	FFP3-Maske
Aer	Aerosol-produzierende Maßnahme, z.B. Absaugen, BAL, Intubation, Bronchoskopie	K	(Schutz)Kittel
Mat	Handhabung/Kontakt mit möglicherweise infektiösem Material	H	Handschuhe
And	Andere Art von Kontakt (bitte eintragen, welcher)	S	Schutzbrille