

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)							Sonstige	Falls eigene Symptomatik auftritt, Kontakt mit....
			Fieber (ja, nein)	Temperatur	Husten (ja, nein)	Hals-schmerzen (ja, nein)	Kurz-atmigkeit				
z.B. Mo, 3.2.14	Art des Kontaktes (s.u.)(alle zutreffenden eintragen)	Art des Schutzes (s.u.)(alle zutreffenden eintragen)									

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