Robert Koch-Institut, Stand: 17.02.2020

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

Bemerkungen: