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 Kontaktes0 Kein KontaktS Mindestens 15-minütiger Sprechkontakt P Pflegerische oder ärztliche Handlung am PatientenÄ Ärztliche Handlung am PatientenAer Aerosol-produzierende Maßnahme, z.B. Absaugen, BAL, Intubation, BronchoskopieMat Handhabung/Kontakt mit möglicherweise infektiösem MaterialAnd Andere Art von Kontakt (bitte eintragen, welcher) | Art des Schutzes0 keinerM1 OP-Maske oder FFP1-MaskeM2 FFP2-MaskeM3 FFP3-MaskeK (Schutz)KittelH HandschuheS Schutzbrille |

Bemerkungen: