

COVID19

Bitte tragen Sie den heutigen Tag ein

23 März 2020

Temperatur 8:00 Uhr

Temperatur 20:00 Uhr

Welche der folgenden Symptome treffen bei Ihnen zu?

	überhaupt nicht vorhanden	leicht	mittel	sehr stark vorhanden
Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeines Krankheitsgefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muskelschmerz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halsschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geruchsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschmacksstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstige Anmerkungen?

Waren Sie in einem Risikogebiet

- Ja
- Nein

Bitte tragen Sie hier das Land ein:

Von wann bis wann waren Sie in diesem Gebiet?

Beginn

Ende
