

Tägliche Gesundheitscheckliste MitarbeiterInnen

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum und Uhrzeit: _____

Symptome:

Temperatur > 37,5°: _____

Hüsteln: ja nein

Husten: ja nein

Atembeschwerden: ja nein

Schnupfen: ja nein

Halsschmerzen: ja nein

Durchfall: ja nein

Abgeschlagenheit: ja nein

Sensorik-Verlust (Geruchs-, Geschmacksverlust) ja nein

Sonstiges (z.B. Erbrechen, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen,...): _____

plötzlicher Krankheitsbeginn: _____

Datum und Uhrzeit: _____

Symptome:

Temperatur > 37,5°: _____

Hüsteln: ja nein

Husten: ja nein

Atembeschwerden: ja nein

Schnupfen: ja nein

Halsschmerzen: ja nein

Durchfall: ja nein

Abgeschlagenheit: ja nein

Sensorik-Verlust (Geruchs-, Geschmacksverlust) ja nein

Sonstiges (z.B. Erbrechen, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen,...): _____

plötzlicher Krankheitsbeginn: _____

Datum und Uhrzeit: _____

Symptome:

Temperatur > 37,5°: _____

Hüsteln: ja nein

Husten: ja nein

Atembeschwerden: ja nein

Schnupfen: ja nein

Halsschmerzen: ja nein

Durchfall: ja nein

Abgeschlagenheit: ja nein

Sensorik-Verlust (Geruchs-, Geschmacksverlust) ja nein

Sonstiges (z.B. Erbrechen, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen,...): _____

plötzlicher Krankheitsbeginn: _____

Datum und Uhrzeit: _____

Symptome:

Temperatur > 37,5°: _____

Hüsteln: ja nein

Husten: ja nein

Atembeschwerden: ja nein

Schnupfen: ja nein

Halsschmerzen: ja nein

Durchfall: ja nein

Abgeschlagenheit: ja nein

Sensorik-Verlust (Geruchs-, Geschmacksverlust) ja nein

Sonstiges (z.B. Erbrechen, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen,...): _____

plötzlicher Krankheitsbeginn: _____

Datum und Uhrzeit: _____

Symptome:

Temperatur > 37,5°: _____

Hüsteln: ja nein

Husten: ja nein

Atembeschwerden: ja nein

Schnupfen: ja nein

Halsschmerzen: ja nein

Durchfall: ja nein

Abgeschlagenheit: ja nein

Sensorik-Verlust (Geruchs-, Geschmacksverlust) ja nein

Sonstiges (z.B. Erbrechen, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen,...): _____

plötzlicher Krankheitsbeginn: _____

Datum und Uhrzeit: _____

Symptome:

Temperatur > 37,5°: _____

Hüsteln: ja nein

Husten: ja nein

Atembeschwerden: ja nein

Schnupfen: ja nein

Halsschmerzen: ja nein

Durchfall: ja nein

Abgeschlagenheit: ja nein

Sensorik-Verlust (Geruchs-, Geschmacksverlust) ja nein

Sonstiges (z.B. Erbrechen, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen,...): _____

plötzlicher Krankheitsbeginn: _____