



Gesundheitstagebuch KP-2

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Adresse:

(Postleitzahl)

(Ort)

(Straße)

(Hausnummer)

(Stockwerk)

(Türnummer)

| Tag | Datum | Körpertemperatur morgens | Körpertemperatur abends | Husten (ja/nein) | Halsschmerzen (ja/nein) | Kurzatmigkeit (ja/nein) | Sonstiges (Durchfall, Erbrechen, Geschmacks- Geruchsstörungen ...) |
|-----|-------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |