GESUNDHEITSTAGEBUCH

!!Mindestens 1x am Tag ausfüllen für Athleten, Coaches, Betreuer, Helfer = alle!!

NACHNAME:		TEAM:	
VORNAME:		MONAT:	
GEB.DATUM:		KÖRPER-TEMPERATUR:	

DATUM + UHRZEIT																														
SYMPTOME	**JA**	**NEIN**	**SYMPTOM-BEGINNN**	**JA**	**NEIN**	**SYMPTOM-BEGINN**	**JA**	**NEIN**	**SYMPTOM-BEGINNN**	**JA**	**NEIN**	**SYMPTOM-BEGINN**	**JA**	**NEIN**	**SYMPTOM-BEGINN**	**JA**	**NEIN**	**SYMPTOM-BEGINN**	**JA**	**NEIN**	**SYMPTOM-BEGINN**	**JA**	**NEIN**	**SYMPTOM-BEGINN**	**JA**	**NEIN**	**SYMPTOM-BEGINN**	**JA**	**NEIN**	**SYMPTOM-BEGINN**
Husten																														
Atembeschwerden																														
Gliederschmerzen																														
Halsschmerzen																														
Geschmackssinn verändert																														
Geruchssinn verändert																														
Kopfschmerzen																														
Schnupfen																														
Kontakt zu einer Covid-19 positiven Person in den letzte 24																														

DATUM + UHRZEIT																														
SYMPTOME	**JA**	**NEIN**	**SYMPTOM-BEGINN**	**JA**	**NEIN**	**SYMPTOM-BEGINN**	**JA**	**NEIN**	**SYMPTOM-BEGINN**	**JA**	**NEIN**	**SYMPTOM-BEGINN**	**JA**	**NEIN**	**SYMPTOM-BEGINN**	**JA**	**NEIN**	**SYMPTOM-BEGINN**	**JA**	**NEIN**	**SYMPTOM-BEGINN**	**JA**	**NEIN**	**SYMPTOM-BEGINN**	**JA**	**NEIN**	**SYMPTOM-BEGINN**	**JA**	**NEIN**	**SYMPTOM-BEGINNN**
Husten																														
Atembeschwerden																														
Gliederschmerzen																														
Halsschmerzen																														
Geschmackssinn verändert																														
Geruchssinn verändert																														
Kopfschmerzen																														
Schnupfen																														
Kontakt zu einer Covid-19 positiven Person in den letzte 24 Stunden																														