

Name:

geb:

Symptombeginn:

Test am:

Ct:

Datum		RR	Puls	Temp.	SpO2	Durchfall (0-5)*	Husten (0-5)*	Kurzatmigkeit (0-5)*	mobil ja/nein	sonstiges
	morgens									
	abends									
	morgens									
	abends									
	morgens									
	abends									
	morgens									
	abends									

*0 = kein 5= maximal