Nachname: _____ Vorname:_____ Tel.Nr.:_____

Tagebuch für Personen mit Kontakt zu COVID-19-Fällen

„Tagebuch“

Datum	**Bitte ankreuzen bzw. Temperatur eintragen**						
z.B. Mo, 02.03.20	Fieber	Temperatur morgens	Temperatur abends	Halsschmerzen	Husten	Kurzatmigkeit	Falls Symptomatik auftritt, Kontakt mit…. (Name, Tel.)

Nach Ende der Quarantäne bitte Versand an:
Gesundheitsamt Offenburg, SG Infektionshygiene, Badstr. 20, 77652 Offenburg

Bei Auftreten von o. g. Symptomen kontaktieren Sie uns bitte unter folgender Telefonnummer: 0781/805-9700

Gesundheitsamt Offenburg