

FIEBERTAGEBUCH
Notfallmedizin in der Praxis – Kasuistik Wochenende
9.-10.10.2020, Saalfelden



Nachname: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum, Ort: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail: _____
Straße, Nr., PLZ, Ort, Land _____

DATUM	TAGESZEIT	TEMPERATUR	ETWAIGE KRANKHEITSZEICHEN (trockner Husten, Hals- und/oder Gliederschmerzen, starke Müdigkeit, Durchfall, Verlust des Geschmacks- oder Geruchssinns, etc.)
SO, 4.10.2020	morgens		
	abends		
MO, 5.10.2020	morgens		
	abends		
DI, 6.10.2020	morgens		
	abends		
MI, 7.10.2020	morgens		
	abends		
DO, 8.10.2020	morgens		
	abends		

Hiermit bestätige ich, dass ich o.a. Tabelle wahrheitsgemäß ausgefüllt habe und derzeit kein Hinweis auf eine Covid19-Erkrankung besteht.

Datum: _____ Unterschrift: _____