

# GESUNDHEITS-TAGEBUCH

Für Athleten, Coaches, Betreuer sowie alle Personen, die in engem Kontakt mit den Athleten stehen

**!!! MINDESTENS 1x TÄGLICH AUSZUFÜLLEN !!!**

Vorname:

Geb.Datum

Nachname:

Datum:

Uhrzeit:

Körpertemperatur:

Zusatz:

Symptome	ja	nein	Symptombeginn
Husten			
Atembeschwerden			
Gliederschmerzen			
Halsschmerzen			
Geschmackssinn verändert			
Geruchssinn verändert			
Kopfschmerzen			
Schnupfen			
Kontakt zu einer Covid-19 positiven Person in den letzte 24 Stunden			