

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									
	morgens abends									

\*0 = kein    5= maximal