

Name, Vorname:	Woche von ... bis...
WG / Bereich:	

Tag	Symptome nach Selbsteinschätzung						Bemerkung <i>(z.B. wenn es sich um aus der Vergangenheit bekannte, chronische Symptome handelt, die bereits ärztlich abgeklärt wurden, die z.B. im Zuge von Heuschnupfen, Asthma, Migräne, etc. auftreten)</i>	HZ. Mitarbeiter*in/ Beschäftigte*r/ Angehörige*r/ Assistent*in/ etc.
	Fieber ab 38,0 °C	Husten	Halsschmerzen	Kurzatmigkeit/ Atemnot	Störung Geruchs-/ Geschmackssinn	Schnupfen		
Sa.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
So.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Mo.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Di.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Mi.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Do.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Fr.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Wenn eine der Fragen mit „☑ Ja“ beantwortet wird, sprechen Sie das weitere Vorgehen entsprechend der geltenden Verfahrensanweisungen mit Ihrem/Ihrer Vorgesetzten/Gruppenleiter*in ab.

Zu welchen Kolleg*innen/Klient*innen hatten Sie in den letzten 48 Std. vor Beginn der Symptome Kontakt?

Informieren Sie Ihre*n Vorgesetzten/Gruppenleiter*in grundsätzlich vor Dienstantritt, wenn die Corona-Warn-App Sie über eine Risiko-Begegnung mit „erhöhtem Risiko“ informiert, Sie wissentlich zu einer Person Kontakt hatten, die im Anschluss positiv getestet wurde, und/oder Sie sich in einem Risikogebiet aufgehalten haben. Sollten Sie sich privat testen lassen, informieren Sie den/die Vorgesetzte*n über das Testergebnis.

Datum, Unterschrift Mitarbeiter*in/ Beschäftigte*r/ Angehörige*r/ Assistent*in, etc.	Datum, Unterschrift Pandemiebeauftragte*r/ Vorgesetzte*r/ Gruppenleiter*in

Das Symptomtagebuch müssen Klient*innen Ihrem Fahrdienst vor der Fahrt zeigen und am Eingang von Ihrer Werkstätte zeigen. Es ist für alle Wochentage zu führen und wöchentlich bei der von dem/der Pandemiebeauftragte*n benannten Person abgegeben. Bei Urlaub, längerem Frei, Schulblock, Krankheit wird es vor Dienstbeginn 7 Tage rückwirkend ausgefüllt. Es wird nach Abgabe für drei Wochen in der Einrichtung aufbewahrt und dann vernichtet. Eine weitere Datenverarbeitung findet nur im Falle einer COVID-19-Infektion bei Ihnen oder einer Ihrer Kontaktpersonen aus dieser Einrichtung statt. Sobald die Daten nicht mehr benötigt werden, werden sie umgehend vernichtet.