

### Gesundheitsabfrage 2021/2022

Nachname:	Verfügen Sie über chronische Erkrankungen der Atemwege?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vorname:	Sind Sie wegen schwerwiegender Erkrankungen in ärztl. Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gruppe:			
Handynummer:			
Geplanter Aufenthalt vom: _____ bis: _____			

	Datum	Keine Beschwerden	Symptome				Sonstiges/Testungen/Kürzel
			Fieber	Hals-schmerzen	Kopf- und Gliederschmerzen	Trockener Husten	
Sonntag							
Montag							
Dienstag							
Mittwoch							
Donnerstag							
Freitag							
Sonntag							
Montag							
Dienstag							
Mittwoch							
Donnerstag							
Freitag							
Sonntag							
Montag							
Dienstag							
Mittwoch							
Donnerstag							
Freitag							