



Covid-19

QuarantäneTagebuch

Willkommen in der Covid-19 Quarantäne!

Die Ansteckung mit Covid-19 zwingt Sie und Ihre Familie zu häuslicher Isolation, bis die Krankheit ausgeheilt ist!

„Sich und andere informieren“ ist quasi eine „Checkliste“ mit Anregungen was zu jetzt zu tun ist, wer informiert werden sollte und wie Sie ihre Versorgung u. a. mit Arzneimittel sicherstellen können.

Die Covid-19 Erkrankung kann einfach, schwer oder bei wenigen Fällen sehr schwer verlaufen. Die meisten Patienten entwickeln „Grippe-Symptome“. Sehr schwere Verläufe machen den Krankenhausaufenthalt notwendig. Mit dem **Tabellen des QuarantäneTagebuchs** erkennen Sie, wie schwer die Erkrankung verläuft.

Messen Sie zweimal täglich Fieber. Kontrollieren Sie täglich den Krankheitsverlauf und scheuen Sie sich nicht im Bedarfsfall Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Die Informationen des Robert Koch Instituts (RKI), Berlin „**Häusliche Isolierung bei bestätigter COVID-19-Erkrankung**“ erklärt, wie sich sich zu Hause organisieren sollten.

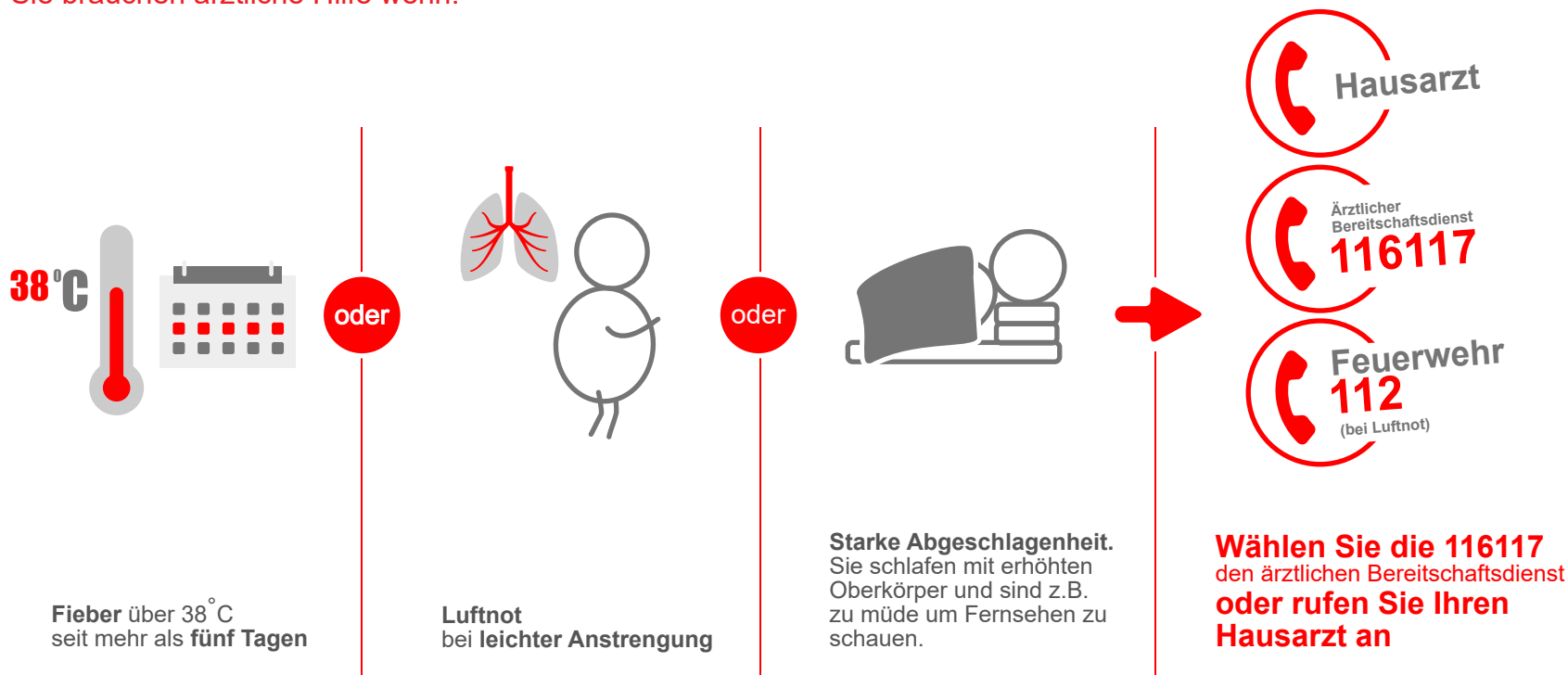
Wir sind an Ihrer Seite!
Das Quarantäne Team

QuarantäneTagebuch

füllen Sie jeden Tag Ihr QuarantäneTagebuch aus. Messen Sie zweimal täglich Fieber. Die Covid-19 Erkrankung kann einfach, schwer oder bei wenigen Fällen sehr schwer verlaufen. Die meisten Patienten entwickeln „Grippe-Symptome“. Sehr schwere Verläufe machen den Krankenhausaufenthalt notwendig.

Mit dem QuarantäneTagebuch erkennen Sie, wie schwer die Erkrankung verläuft. Kontrollieren Sie täglich den Krankheitsverlauf und scheuen Sie sich nicht im Bedarfsfall Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Sie brauchen ärztliche Hilfe wenn:



	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7
Datum							
Fieber am Vormittag	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C
Fieber am Nachmittag	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C
Husten	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein
Kurzatmigkeit / Luftnot in Ruhe	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein
Muskel / Gelenkschmerzen	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Starke Abgeschlagenheit Sie schlafen mit erhöhtem Oberkörper und sind z.B. zu müde Fernsehen zu schauen.	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein
Halsschmerzen	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark
Übelkeit / Erbrechen	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
verstopfte Nase	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Durchfall	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geruchs- und Geschmackssinn verändert	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



	Tag 8	Tag 9	Tag 10	Tag 11	Tag 12	Tag 13	Tag 14
Datum							
Fieber am Vormittag	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C
Fieber am Nachmittag	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C
Husten	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein
Kurzatmigkeit / Luftnot in Ruhe	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein
Muskel / Gelenkschmerzen	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Starke Abgeschlagenheit Sie schlafen mit erhöhtem Oberkörper und sind z.B. zu müde Fernsehen zu schauen.	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein
Halsschmerzen	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark
Übelkeit / Erbrechen	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
verstopfte Nase	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Durchfall	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geruchs- und Geschmackssinn verändert	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

	Tag 15	Tag 16	Tag 17	Tag 18	Tag 19	Tag 20	Tag 21
Datum							
Fieber am Vormittag	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C
Fieber am Nachmittag	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C
Husten	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein
Kurzatmigkeit / Luftnot in Ruhe	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116/117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein
Muskel / Gelenkschmerzen	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Starke Abgeschlagenheit Sie schlafen mit erhöhtem Oberkörper und sind z.B. zu müde Fernsehen zu schauen.	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein
Halsschmerzen	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark
Übelkeit / Erbrechen	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
verstopfte Nase	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Durchfall	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geruchs- und Geschmackssinn verändert	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



	Tag 22	Tag 23	Tag 24	Tag 25	Tag 26	Tag 27	Tag 28
Datum							
Fieber am Vormittag	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C
Fieber am Nachmittag	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C	_____°C
Husten	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> nein
Kurzatmigkeit / Luftnot in Ruhe	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein
Muskel / Gelenkschmerzen	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Starke Abgeschlagenheit Sie schlafen mit erhöhtem Oberkörper und sind z.B. zu müde Fernsehen zu schauen.	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Rufen Sie 116117 an) <input type="checkbox"/> nein
Halsschmerzen	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark
Übelkeit / Erbrechen	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
verstopfte Nase	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Durchfall	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geruchs- und Geschmackssinn verändert	<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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

„sich und andere informieren“

Erster Tag der Quarantäne _____ . _____ . 2020

Voraussichtlich letzter Tag der Quarantäne _____ . _____ . 2020

(Beim Gesundheitsamt erfragen!)

Stellen Sie die folgenden **wichtigen Informationen** (Tel., ggf. E-Mail) zusammen, um sie ggf. rasch zur Verfügung zu haben: Mein AnsprechpartnerInnen beim Gesundheitsamt:

_____ Telefon: _____

Mein Hausarzt:

_____ Telefon: _____

Mein Pflegedienst:

_____ Telefon: _____

Mein Apotheker:

_____ Telefon: _____

Freunde / Angehörige:

_____ Telefon: _____

Halten Sie Ihre **Krankenkassenkarte** und ggf. das **Medikamentenblatt** bereit. Da der Versorgung mit Medikamenten eine besondere Rolle zukommt, klären Sie folgende Fragen:

- Gibt es bei meiner Apotheke einen Botendienst?
- Kann der Hausarzt Rezepte an die Apotheke meiner Wahl weiterleiten?
- Kann die Apotheke ggf. mein Rezept bei meinem Hausarzt abholen?
- Kann eine Person aus meinem Umfeld ggf. bei der Beschaffung der Medikamente helfen?

Um die Versorgung mit Medikamenten für die kommenden vier Wochen sicherzustellen, tragen Sie hier die benötigten Informationen ein:

Medikament / Stärke	Wie viele noch da?	Muss bestellt werden

Bestellen Sie auf dieser Grundlage ein neues Rezept bei Ihrem Hausarzt, so dass Sie für vier Wochen medikamentös versorgt sind. Lassen Sie das Rezept direkt von Ihrem Hausarzt an die Apotheke Ihrer Wahl schicken und von der Apotheke an Sie direkt ausliefern oder durch Personen aus Ihrem Umfeld abholen.

ODER:

Lassen Sie das Rezept durch eine Person aus Ihrem Umfeld vom Hausarzt abholen und bei der Apotheke einlösen.
KRANKENKASSENKARTE NICHT VERGESSEN.

Informieren Sie alle Personen / Stellen, die von Ihrer Quarantäne wissen sollten:

- Hausarzt Pflegedienst
- Haushaltshilfe
- Familie
- Freunde
- Arbeitgeber
- Sonstige Kontakte (Ehrenamt o.ä)
- Arzt/Termine absagen/verschieben

Organisieren Sie Ihre Einkäufe. Wer kann für Sie einkaufen?

- Familie

- Nachbarn
- Freunde
- Einkaufsangebote der Kirche/ Stadt nutzen
- Lieferdienst der Supermärkte nutzen

Informieren Sie die Personen, die Sie infiziert haben könnten:

- Stellen Sie eine Liste von Personen zusammen, mit denen Sie in den letzten 14 Tage direkten Kontakt hatten.
- Informieren Sie diese Personen über Ihre Infektion und häusliche Quarantäne.
- Informieren Sie diese Personen über www.zuhausemitcovid19.de

Weitere mögliche Aufgabenbereiche:

- Stellen Sie sicher, dass Sie mit **Bargeld** versorgt werden (Einkäufe, kleinere Botengänge und Hauslieferungen)
- Was muss noch dringend erledigt werden? (Bank, Post usw.)
- Wenn Sie Haustiere zu versorgen haben: suchen Sie sich ggf. Hilfe (Hund ausführen, Futter kaufen etc.)
- Planen Sie Ihren Tagesablauf – das hilft gegen Langeweile und gegen das Gefühl, dass einem die Decke auf den Kopf fällt (einmal täglich mit jemandem telefonieren;
- im Haushalt erledigen, was schon immer anstand; für Bewegung sorgen – das geht auch auf kleinstem Raum)
- Was fehlt noch in den kommenden 14 Tagen?

Bitte legen Sie bereit oder lassen Sie in Drogerie-Discountern oder Apotheken besorgen:

- Krankenkassenkarte + Medikamentenblatt
- Telefonnummern von wichtigen Personen

Aus dem Drogerie-Markt, ggf Online bestellen

- Fieberthermometer
- Händedesinfektionsmittel mit viruzider Wirkung (Gel oder Spray auf Alkoholbasis)
- Atemschutzmasken
- Einmal-Handschuhe.
- Flächendesinfektionsmittel (viruzid)

Eine Auswahl freiverkaufliche Arzneimittel aus der Apotheke.
Lassen Sie sich dort telefonisch beraten.

Schmerz-/Fiebermittel

- z. B. Paracetamol 500mg Hexal/ Ratiopharm
- z. B. Ibuprofen 400mg Hexal/Ratiopharm

Hustenstiller

- z. B. Silomat (Saft)
- z. B. Silomat (Lutschtabletten)
Pflanzliche Extrakte
 - z. B. Antall Liquidsticks
 - z. B. Prospan Hustensaft

gegen Halsschmerzen

- z. B. Mucoangin
- z. B. Isla Med Akut

bei Schnupfen

- z. B. Nasenspray NasenDuo Ratiopharm
- z. B. Nasic (ohne Konservierungsstoffe)

bei Durchfall

- z. B. Vaprino
- z. B. Perenterol
Salze zur oralen Rehydratisierung (Elektrolyte)
 - z. B. Oralpädon
 - z. B. Elotrans



FÜR PATIENTEN UND ANGEHÖRIGE Häusliche Isolierung bei bestätigter COVID-19-Erkrankung



HÄUSLICHE ISOLIERUNG

Bei Ihnen wurde eine COVID-19-Erkrankung mit derzeit leichter Symptomatik diagnostiziert. Deshalb wurde für Sie eine häusliche Isolierung angeordnet. Diese Maßnahme soll eine Weiterverbreitung des neuartigen Coronavirus verhindern.

Das Virus ist leicht übertragbar und die COVID-19-Erkrankung kann auch sehr schwer verlaufen.

Bei einer **Verschlechterung Ihres Zustandes** informieren Sie bitte umgehend Ihren Hausarzt/Hausärztin.

Angehörige, die mit Ihnen im Haushalt leben und während der Isolierung vor Ort bleiben, sollten bei guter Gesundheit und ohne Vorerkrankungen sein.

Personen mit Risikofaktoren sollten nach Möglichkeit nicht mit Ihnen im gleichen Haushalt untergebracht sein:

- Personen mit unterdrücktem Immunsystem,
- mit chronischen Grunderkrankungen
- oder ältere Menschen

Kontakt zu Angehörigen Ihres Haushalts

So wenig wie möglich

- ▶ Sie sollten möglichst nur zu den Haushaltsangehörigen Kontakt haben, die Sie zur Unterstützung benötigen.
- ▶ Bei Kontakt sollten Sie und Ihre Angehörigen mind. 1–2m Abstand halten und jeweils Mund-Nasen-Schutz tragen.
- ▶ Alle anderen Personen sollten sich nicht im gleichen Raum aufhalten wie Sie oder besser an einem anderen Ort untergebracht sein.

Kontakt zu Personenaufenthalts Ihres Haushalts

- ▶ Persönlicher Kontakt mit z.B. Briefträgern, Lieferdiensten, Nachbarn, Freunden, Bekannten sollte unterbleiben.
- ▶ Lassen Sie Lieferungen vor dem Haus-/oder Wohnungseingang ablegen.
- ▶ Bei unvermeidbaren Kontakten tragen Sie einen Mund-Nasen-Schutz und halten Sie größtmöglichen Abstand zu diesen Personen.

Unterbringung in der Wohnung

- ▶ Sie sollten möglichst getrennt von anderen Personen in einem Einzelzimmer untergebracht sein.
- ▶ Sorgen Sie für ein regelmäßiges Lüften aller Räume.
- ▶ Nutzen Sie Küche, Flur, Bad und weitere Gemeinschaftsräume nicht häufiger, als unbedingt nötig.
- ▶ Nehmen Sie und Ihre Angehörigen Ihre Mahlzeiten möglichst zeitlich und räumlich getrennt voneinander ein.

HYGIENE

Husten und Niesregeln

- ▶ Halten Sie größtmöglichen Abstand zu anderen Personen (mindestens 1 bis 2m).
- ▶ Drehen Sie sich beim Husten und Niesen weg.
- ▶ Husten und niesen Sie zum Schutz anderer in die Armbeuge oder in ein Einweg-Taschentuch und entsorgen Sie es umgehend in einem Mülleimer mit Deckel.



Regeln der Händehygiene beachten

- ▶ Verzichtigen Sie auf das Handschütteln.
- ▶ Waschen Sie regelmäßig und gründlich Hände mit Wasser und Seife, insbesondere nach dem Niesen, Husten oder Husten. Krankheitserreger können dadurch nahezu vollständig entfernt werden.
- ▶ Waschen Sie mindestens für 20 bis 30 Sekunden Ihre Hände mit Wasser und Seife
 - vor und nach jedem Kontakt zu anderen Personen
 - vor der Zubereitung von Speisen
 - vor dem Essen
 - nach dem Toilettengang
 - immer dann, wenn die Hände sichtbar schmutzig sind
 - nach jedem Kontakt mit der erkrankten Person oder deren unmittelbarer Umgebung.
- ▶ Hautverträgliche Händedesinfektionsmittel auf Alkoholbasis, können Sie bei nicht sichtbarer Verschmutzung benutzen. Achten Sie auf folgende Bezeichnungen:
 - „begrenzt viruzid“ ODER
 - „begrenzt viruzid PLUS“ ODER
 - „viruzid“



Beachten Sie die **Sicherheitshinweise**.



FÜR PATIENTEN UND ANGEHÖRIGE

Hinweise zur häuslichen Isolierung bei bestätigter COVID-19-Erkrankung

- ▶ Benutzen Sie Einweg-Handtücher oder tauschen Sie Handtücher aus, sobald sie feucht sind.
- ▶ Gesunde Personen verwenden andere Handtücher als Erkrankte.
- ▶ Beachten Sie, dass jede Person des Haushalts ausschließlich ihr persönliches Handtuch benutzt.

REINIGUNG

Reinigung und Desinfektion

- ▶ Reinigen Sie häufig berührte Oberflächen (Nachttische, Bettrahmen, Smartphones, Tablets, etc.) **mindestens einmal täglich**.
- ▶ Reinigen Sie Bad- und Toilettenoberflächen **mehrmals täglich**.
- ▶ Benutzen Sie ein Flächendesinfektionsmittel zur Reinigung. Achten Sie auf folgende Bezeichnungen:
 - „begrenzt viruzid“ ODER
 - „begrenzt viruzid PLUS“ ODER
 - „viruzid“

Beachten Sie die Sicherheitshinweise.

Wäsche



- ▶ Wäsche der erkrankten Person bei mindestens 60°C waschen!
- ▶ Sammeln Sie Wäsche der erkrankten Person im separaten Wäschesack.
- ▶ Die Wäsche nicht schütteln. Direkten Kontakt von Haut und Kleidung mit den kontaminierten Materialien vermeiden.
- ▶ Verwenden Sie herkömmliches Vollwaschmittel und achten Sie auf eine gründliche Trocknung.

ABFALLENTSORGUNG



- ▶ Der Müllsack mit Abfällen, die von Erkrankten erzeugt wurden – Taschentücher u.a. – ist im Krankenzimmer, in einem verschließbaren Behälter aufzubewahren.
- ▶ Entsorgen Sie den verschürften Müllsack im Restmüll.

GESUNDHEITLICHE BESCHWERDEN

Bei Zunahme von Beschwerden



Die ambulant betreuende Ärztin bzw. der Arzt und das zuständige Gesundheitsamt sollten gemeinsam mit Ihnen frühzeitig besprechen, wen Sie im Notfall – z.B. bei Zunahme der Beschwerden – auch außerhalb der üblichen Geschäftszeiten kontaktieren können.

Haushaltsangehörige und Krankheitssymptome

Alle Haushaltsangehörigen gelten als Kontaktpersonen der Kategorie I und stehen unter häuslicher Quarantäne. Sie sollten bis 14 Tage nach ihrem letzten Kontakt zu dem isolierten COVID-19-Patienten oder nach dessen Entlassung aus der Isolierung¹



- ▶ täglich das zuständige Gesundheitsamt über ihren Gesundheitszustand informieren
- ▶ sich selbst hinsichtlich Krankheitssymptomen beobachten
- ▶ Krankheitssymptome genau dokumentieren (siehe www.rki.de/covid-19-kontaktpersonen)

Bei auftretenden Beschwerden, die auf eine SARS-CoV-2-Infektion hindeuten könnten (Fieber, Husten etc.) gelten sie als **krankheitsverdächtig**. In diesem Falle sollte eine weitere diagnostische Abklärung umgehend erfolgen.

WEITEREINFORMATIONEN



Robert Koch-Institut

www.rki.de/covid-19

Infektionsschutz

www.infektionsschutz.de

Herausgeber: Robert Koch-Institut, Berlin, 2020

Redaktion: Informationsstelle des Bundes für Biologische Gefahren und Spezielle Pathogene (IBBS), Fachgebiet 14 – Angewandte Infektions- und Krankenhaushygiene

Grafik: www.graebel-groener.de

Titelfoto: Gina Sanders – stock.adobe.com

Druck: RKH-Hausdruckerei



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

¹Je nachdem welches Ereignis zuerst eintritt, siehe unter www.rki.de/covid-19-kontaktpersonen

