

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Wohnort Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Ihnen einige Fragen zu Ihrer Gesundheit und Ihrem Befinden nach überstandener Coronavirus-Erkrankung stellen. Die von uns verwendeten Fragebögen werden standardisiert in der Forschung weltweit benutzt; da wir mehrere Fragebögen benutzen, kann es daher sein, dass sich Fragen auf diesem oder anderen Fragebögen teilweise inhaltlich überschneiden. Damit überall identische Fragen gestellt werden und die Ergebnisse vergleichbar sind, können Überschneidungen nicht vollständig vermieden werden. Hierfür bitten wir um Verständnis.

I Erkrankungsverlauf und Beschwerden

1. Wann war der Beginn Ihrer COVID-19 Erkrankung (Beginn der Symptome)?

Datum (TT/MM/JJJJ) _____

2. Wann wurde bei Ihnen die Diagnose einer Coronavirusinfektion (COVID-19) gestellt/bestätigt?

Datum (TT/MM/JJJJ) _____

3. Wie wurde diese gestellt?

- PCR- Rachen- und Nasenabstrich bitte fügen Sie das Ergebnis an.
- Antigen-Schnelltest Rachen- / Nasenabstrich in Teststelle oder ärztlicher Praxis bitte fügen Sie das Ergebnis an.
- Antigen-Schnelltest Rachen- / Nasenabstrich als Laien-Selbsttest
- Antikörper gegen SARS-CoV-2 - bitte fügen Sie das Ergebnis an.

4. Wurden Sie bisher gegen COVID-19 geimpft? ja nein

 ja, und zwar am: _____ (1.) _____ (2.) _____ (3.) _____ (4. Impfung)

5. Liegt bei Ihnen eine andere Erkrankung vor? ja nein

 ja, und zwar: _____

6. Wie ist die Corona-Infektion bei Ihnen in den ersten 4 Wochen verlaufen?

Die für mich stärkste(n) Beschwerde(n) / das wichtigste(n) Symptom(en) war(en):

 Ich hatte folgende weitere Beschwerden: _____

Ich wurde stationär im Krankenhaus behandelt	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Ich wurde mit Sauerstoffgabe behandelt	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Ich wurde auf der Intensivstation behandelt	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Ich wurde künstlich beatmet	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Ich bin seit der COVID-19-Erkrankung bewusstlos geworden	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Ich kann nachts flach liegen/schlafen	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Ich habe bemerkt, dass seit der COVID-19-Erkrankung mein Blutdruck erhöht ist	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN

7. Haben Sie anhaltende Beschwerden – bitte ankreuzen:

	Nein	Ja, leicht	Ja, mäßig	Ja, stark
Fieber				
Fatigue (Erschöpfung)				
Wann hat die Fatigue begonnen? Datum (MM.JJJJ) _____				
Schlafstörung				
Schlaf nicht erholsam				
Atemnot/Luftnot bei Belastung				
Atemnot/Luftnot ohne Belastung				
Brustschmerzen				
Herzrasen/Herzklopfen				
Herzstolpern				
Schwindel				
Konzentrationsstörung				
Gedächtnisstörung				
Wortfindungsstörung				
Gefühlsstörungen / Taubheitsgefühl				
Missempfindungen				
Geruchssinnverlust				
Geschmackssinnverlust				
Kopfschmerzen				
Rückenschmerzen				
Muskelschmerzen				
Gelenkschmerzen				
Halsschmerzen				
Grippiges Gefühl				
Depression/Angst				

Eventuell weitere anhaltende Beschwerden?

	leicht	mäßig	stark

Nehmen die o. g. Beschwerden nach leichter Belastung zu?

ja

nein

... wenn ja für wie lange (Durchschnitt der **letzten Woche**)?

gar nicht	< 1 Stunde	2-3 Stunden	4-10 Stunden	11-13 Stunden	14-24 Stunden	>24 Stunden
<input type="radio"/>						

8. Die Beschwerden haben sich im Verlauf seit Ende der Infektion:

gebessert

sind unverändert

haben zugenommen

EQ5D5L

Bitte beantworten Sie nun einige Fragen zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand (d.h. HEUTE) und ggfs. vorhandenen Einschränkungen Ihrer Aktivitäten. Bitte markieren Sie bei jedem Thema das Kästchen, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

Thema: FÜR SICH SELBST SORGEN

- Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

Thema: ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien-oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Thema: SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

Thema: BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe leichte Probleme herumzugehen
- Ich habe mäßige Probleme herumzugehen
- Ich habe große Probleme herumzugehen
- Ich bin nicht in der Lage herumzugehen

Thema: ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

Bitte kreuzen Sie an, was **derzeit** auf Sie zutrifft:

Frage	ja	nein
Können Sie allein leben, ohne Unterstützung durch eine andere Person? (z.B. selbständig essen, gehen, die Toilette benutzen und die tägliche Routinehygiene bewältigen können)		
Gibt es Aufgaben/ Aktivitäten zu Hause oder am Arbeitsplatz, die Sie nicht mehr selbst ausführen können?		
Leiden Sie unter Symptomen, Schmerzen, Depression oder Angstzuständen?		
Müssen Sie Aufgaben/ Aktivitäten vermeiden, reduzieren oder über die Zeit verteilen?		

Bell-Score

Diese Punkteskala dient als Messinstrument für die Schwere, der durch die Erkrankung hervorgerufenen Einschränkungen.

Bitte umkreisen Sie die Zahl, die am besten auf Sie zutrifft.

- 100 Keine Symptome in Ruhe; keine Symptome in Ruhe und bei körperlicher Belastung; insgesamt ein normales Aktivitätsniveau; ohne Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten
- 90 Keine Symptome in Ruhe; leichte Symptome bei körperlicher und geistiger Belastung; insgesamt ein normales Aktivitätsniveau; ohne Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten
- 80 Leichte Symptome in Ruhe; die Symptome verstärken sich durch Belastung; nur bei Tätigkeiten, die anstrengend sind, ist eine geringfügige Leistungseinschränkung spürbar; mit Schwierigkeiten in der Lage, an Arbeitsplätzen, die Kraftanstrengungen erfordern, Vollzeit zu arbeiten
- 70 Leichte Symptome in Ruhe; deutliche Begrenzungen in den täglichen Aktivitäten spürbar; der funktionelle Zustand beträgt insgesamt etwa 90% der Norm – mit Ausnahme von Tätigkeiten, die einer Kraftanstrengung bedürfen; mit Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten
- 60 Leichte Symptome in Ruhe; deutliche Begrenzungen in den täglichen Aktivitäten spürbar; der funktionelle Zustand beträgt insgesamt etwa 70%—90% der Norm; Unfähig, einer Vollzeitbeschäftigung nachzugehen, wenn dort körperliche Arbeit gefordert wird; aber in der Lage, Vollzeit zu arbeiten, wenn es um leichte Arbeiten geht und die Arbeitszeit flexibel gehandhabt werden kann
- 50 Mittelschwere Symptome in Ruhe; mittelschwere bis schwere Symptome bei körperlicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 70% der Norm reduziert; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 4-5 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden
- 40 Mittelschwere Symptome in Ruhe; mittelschwere bis schwere Symptome bei Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 50%-70% der Norm reduziert; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 3-4 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden
- 30 Mittelschwere bis schwere Symptome in Ruhe; schwere Symptome bei jeglicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 50% der Norm reduziert; in der Regel ans Haus gefesselt; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 2-3 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden
- 20 Mittelschwere bis schwere Symptome in Ruhe; schwere Symptome bei jeglicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 30%-50% der Norm reduziert; bis auf seltene Ausnahmen unfähig, das Haus zu verlassen; den größten Teil des Tages ans Bett gefesselt; unfähig, sich mehr als eine Stunde am Tag zu konzentrieren
- 10 Schwere Symptome in Ruhe; die meiste Zeit bettlägerig; ein Verlassen des Hauses ist nicht möglich; deutliche kognitive Symptome, die eine Konzentration verhindern
- 0 Ständig schwere Symptome; immer ans Bett gefesselt; unfähig zu einfachsten Pflegemaßnahmen

Aus: The Doctor's Guide to Chronic Fatigue Syndrome, David S. Bell, MD, S. 122 f. Addison-Wesley, Publishing Company, Reading, MA.

II Bisher durchgeführte Diagnostik und Therapie

1. Laboruntersuchungen

- nein ja, und zwar zuletzt (Monat/ Jahr): ____/____ Ergebnis: Normalbefund
 auffällige Befunde: _____ Bericht vorliegend

2. EKG

- nein ja, und zwar zuletzt (Monat/ Jahr): ____/____ Ergebnis: Normalbefund
 auffällige Befunde: _____ Bericht vorliegend

3. Spirometrie (Lungenfunktionstest)

- nein ja, und zwar zuletzt (Monat/ Jahr): ____/____ Ergebnis: Normalbefund
 auffällige Befunde: _____ Bericht vorliegen

4. Belastungs-EKG

- nein ja, und zwar zuletzt (Monat/ Jahr): ____/____ Ergebnis: Normalbefund
 auffällige Befunde: _____ Bericht vorliegend

5. weitere standardisierte Testverfahren (Leistungs- oder Belastungsprüfungen, Fragebogentests)

- nein
 ja, und zwar (Monat/ Jahr): ____/____ Test: _____ Ergebnis: Normalbefund
 auffällige Befunde: _____ Bericht vorliegend
 ja, und zwar (Monat/ Jahr): ____/____ Test: _____ Ergebnis: Normalbefund
 auffällige Befunde: _____ Bericht vorliegend

6. Gebietsärztliche Untersuchungen/ Mitbehandlungen

6.2. Lungenheilkunde

- nein ja, und zwar zuletzt (Monat/ Jahr): ____/____ Ergebnis: Normalbefund
 auffällige Befunde: _____ Bericht vorliegend

6.3. Kardiologie

- nein ja, und zwar zuletzt (Monat/ Jahr): ____/____ Ergebnis: Normalbefund
 auffällige Befunde: _____ Bericht vorliegend

6.4. Neurologie/ Psychiatrie

- nein ja, und zwar zuletzt (Monat/ Jahr): ____/____ Ergebnis: Normalbefund
 auffällige Befunde: _____ Bericht vorliegend

6.5. Psychotherapie (diagnostisch)

- nein ja, und zwar zuletzt (Monat/ Jahr): ____/____ Ergebnis: Normalbefund
 auffällige Befunde: _____ Bericht vorliegend

6.6. Radiologie/ Röntgen

- nein ja, und zwar zuletzt (Monat/ Jahr): ____/____ Ergebnis: Normalbefund
 auffällige Befunde: _____ Bericht vorliegend

6.7. Rheumatologie

- nein ja, und zwar zuletzt (Monat/ Jahr): ____/____ Ergebnis: Normalbefund
 auffällige Befunde: _____ Bericht vorliegend

6.8. HNO

- nein ja, und zwar zuletzt (Monat/ Jahr): ____/____ Ergebnis: Normalbefund
 auffällige Befunde: _____ Bericht vorliegend

6.9. Sonstiges

- nein ja, und zwar zuletzt (Monat/ Jahr): ____/____ Ergebnis: Normalbefund
 auffällige Befunde: _____ Bericht vorliegend

7. verordnete Therapie

7.2. Medikamente

nein ja, und zwar seit (Monat/ Jahr): ____/____ Besserung: ja nein

Medikament: _____ beendet seit ____/____

ja, und zwar seit (Monat/ Jahr): ____/____ Besserung: ja nein

Medikament: _____ beendet seit ____/____

7.3. Krankengymnastik

nein ja, und zwar seit (Monat/ Jahr): ____/____ Besserung: ja nein

beendet seit ____/____

7.4. Atemgymnastik

nein ja, und zwar seit (Monat/ Jahr): ____/____ Besserung: ja nein

beendet seit ____/____

7.5. Ergotherapie

nein ja, und zwar seit (Monat/ Jahr): ____/____ Besserung: ja nein

beendet seit ____/____

7.6. Psychotherapie (Therapie)

nein ja, und zwar seit (Monat/ Jahr): ____/____ Besserung: ja nein

beendet seit ____/____

7.7. Rehabilitation

nein ja, und zwar seit (Monat/ Jahr): ____/____ Besserung: ja nein

beendet seit ____/____

7.8. sonstiges

nein ja, und zwar _____ seit (M/ J): ____/____ Besserung: ja nein

beendet seit ____/____

8. Fragen und Erwartungen

Bitte nennen Sie abschließend drei Fragen, welche im Rahmen der Behandlung in unserer Praxis geklärt werden sollen. Da erfahrungsgemäß sehr vielfältige Beschwerden und Einschränkungen vorliegen, wollen wir versuchen, die in der Sprechstunde zur Verfügung stehende Zeit gut zu nutzen.

Daher ist es hilfreich, wenn wir Ihre zentralen Anliegen von Anbeginn in den Mittelpunkt nehmen können.

1. Frage/ Erwartung

2. Frage/ Erwartung

3. Frage/ Erwartung

Einwilligung in die Übermittlung personenbezogener Daten von vorbehandelnden Einrichtungen und innerhalb des Long Covid Netzwerks Ludwigsburg

Zur fachgerechten medizinischen Einschätzung Ihres Behandlungsfalles benötigen unsere Ärzt:innen und weitere Mitarbeiter:innen möglichst umfassende Informationen zu Ihrer Vorgeschichte sowie zu der bisher erfolgten Behandlung sowie ggf. Vorerkrankungen.

Zur Behandlung von komplexen Krankheitsbildern ist es zudem hilfreich sich mit Spezialisten anderer Fachdisziplinen und Berufsgruppen auszutauschen.

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass alle erforderlichen Informationen aus bisherigen und zukünftigen Untersuchungen und Behandlungen in Ambulanzen/Instituten und anderen Praxen an die Gemeinschaftspraxis Benningen, sowie von der Gemeinschaftspraxis Benningen an mit der Terminkoordination und der weiteren Behandlung Beauftragte und Beteiligte des Long Covid Netzwerks Ludwigsburg übermittelt werden können.

Ich weiß, dass ich diese Zustimmung jederzeit ohne die Angabe von Gründen widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift