

## Erhebungsbogen Post-Covid-Ambulanz: Patienten

<b>Name, Vorname:</b>	<b>Adresse:</b>
<b>Größe:</b>	<b>Gewicht:</b>
<b>Rauchen</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> nein <b>Alkohol</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> nein	<b>Berufliche Situation</b> <input type="checkbox"/> berufstätig/arbeitsfähig ➔ Tätigkeit: _____ <input type="checkbox"/> Arbeitsversuch ➔ Zeitraum: _____ <input type="checkbox"/> krankgeschrieben <input type="checkbox"/> Rentenantrag gestellt <input type="checkbox"/> berentet

### 1. Angaben zur Impfung

- Anzahl Covid-Impfungen: \_\_\_\_\_
- Datum der letzten Impfung: \_\_\_\_\_
- Impfstoffe: \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zu Vorerkrankungen

<b>Atemwegserkrankungen</b> <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Mukoviszidose Sonstige: _____	<b>Stoffwechselbedingte Erkrankungen</b> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung Sonstige: _____
<b>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</b> <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> koronare Herzerkrankung Sonstige: _____	<b>Infektionserkrankung</b> <input type="checkbox"/> HIV-Infektion <input type="checkbox"/> Pfeiffriesches Drüsenfieber <input type="checkbox"/> Tuberkulose Sonstige: _____
<b>Psychiatrische Erkrankungen</b> <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Angststörung Sonstige: _____	<b>Erkrankungen des Verdauungstraktes</b> <input type="checkbox"/> chronisch entzündliche Darmerkrankung <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa Sonstige: _____
<input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung

- Sonstige Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

### 3. Beschwerden nach der Covid Erkrankung bzw. aktuelle Beschwerden

Beschwerden	Nein	Selten	Häufig	Regelmäßig
Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustschmerzen/Brustenge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot in der Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot unter Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtschweiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacksverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraftlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiges Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten zu Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten zu Gehen (Treppen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautausschläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuelle Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeit einzuschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeit durchzuschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht erholsamer Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühl von Einsamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorgen um die Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanken an den Tod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Weitere Beschwerden, die nicht in der Tabelle aufgeführt sind:

\_\_\_\_\_

- Aktuell belastet Sie im Alltag am meisten:

\_\_\_\_\_

#### 4. Angaben zur Covid-Infektion

- Datum der Covid-Infektion(en): \_\_\_\_\_
- Bitte geben Sie die vermutliche Infektionsquelle an  
☐ privat      ☐ beruflich
- Medikament Paxlovid eingenommen?  
☐ ja      ☐ nein

#### 5. Bereits aufgesuchte Fachärzte:

- ☐ Kardiologe
- ☐ Pneumologe
- ☐ Neurologe
- ☐ Radiologe
- ☐ Psychiater/Psychotherapeut
- ☐ Hals-Nasen-Ohren-Arzt
- Weitere Fachärzte, die nicht aufgeführt sind:  
 \_\_\_\_\_

#### 6. Bereits erfolgte Maßnahmen:

- ☐ Physiotherapie  
     ➔ Leistungstest erfolgt ☐
- ☐ Ernährungsberatung
- ☐ Selbsthilfegruppe
- ☐ Reha  
     ➔ ☐ ambulant  
     ➔ ☐ stationär
- ☐ Psychotherapie/Coaching
- ☐ progressive Muskelentspannung
- ☐ Bioresonanztherapie
- ☐ Akupunktur
- ☐ Atemtherapie
- ☐ Fußreflexzonentherapie
- ☐ Alpha Cooling
- ☐ Plasmapherese
- Weitere Maßnahmen, die nicht aufgeführt sind:  
 \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_