

Erhebungsbogen Post-Covid-Ambulanz: Patienten

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

1. Angaben zur Impfung

- Anzahl Covid-Impfungen: _____
- Datum der letzten Impfung: _____
- Impfstoffe: _____

2. Angaben zu Vorerkrankungen

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