

Fragebogen zur Krankheitsgeschichte

Angaben zum Patienten und zur anmeldenden Praxis:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ m ☐ w

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____ Praxisstempel: _____

Angaben zur SARS-CoV-2-Infektion:

Zeitpunkt der Infektion: _____ PCR-Nachweis erfolgt am: _____

Zeitpunkt der Impfung
vor der Infektion: _____ Zeitpunkt der Impfung
nach der Infektion: _____

Impfstoff: _____ Impfstoff: _____

1. Impfung: _____ 1. Impfung: _____

2. Impfung: _____ 2. Impfung: _____

3. Impfung: _____ 3. Impfung: _____

- Schwere der Infektion: ☐ keine Symptome
- ☐ Symptome mit ambulanter Therapie
- ☐ Symptome mit stationärer Therapie
- ☐ Symptome mit stationärer Therapie und intensivmedizinischen Aufenthalt

Angaben zu weiteren möglichen Postakuten Infektionssyndromen (PAIS):

Wurde bei Ihnen folgende Erkrankung darüber hinaus diagnostiziert?

ME/CFS? ☐ Ja ☐ Nein diagnostiziert am: _____

Posturales orthostatisches
Tachykardiesyndrom (POTS) ☐ Ja ☐ Nein diagnostiziert am: _____

Fibromyalgie ☐ Ja ☐ Nein diagnostiziert am: _____

Reaktive Arthritis ☐ Ja ☐ Nein diagnostiziert am: _____

Chronische Epstein-Barr-Virus-
Infektion (EBV) ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Wann traten die Beschwerden nach der Infektion auf?

PCR- oder Antikörpernachweis (Monat/Jahr): _____

Post-Ebola-Syndrom ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Wann traten die Beschwerden nach der Infektion auf?

PCR- oder Antikörpernachweis (Monat/Jahr): _____

Chronisches Dengue-Syndrom ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Wann traten die Beschwerden nach der Infektion auf?

PCR- oder Antikörpernachweis (Monat/Jahr): _____

Post-Lyme-Syndrom ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Wann traten die Beschwerden nach der Infektion auf?

PCR- oder Antikörpernachweis (Monat/Jahr): _____

Aktuelle Beschwerden:

Bitte kreuzen Sie die aktuellen Beschwerden und deren Intensität an. Wie stark sind diese auf einer Skala von 1 (gering) bis 5 (sehr stark)?

Symptome

- | | | | | | | |
|-----------|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 | Atemnot (Ruhe) | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| 2 | Atemnot (Belastung) | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| 3 | Chronischer Husten | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| 4 | Kopfschmerzen | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| 5 | Riech- und Schmeckstörungen | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| 6 | Fatigue | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| 7 | Schlafstörungen | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| 8 | Leistungseinschränkungen | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| 9 | Schmerzen allgemein | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| 10 | Depressive Verstimmung | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| 11 | Angst | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| 12 | Konzentrations- und Gedächtnisstörungen | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| 13 | Lähmungen/Sensibilitätsstörungen | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| 14 | Schwindel | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| 15 | Erhöhte Herzfrequenz | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| 16 | Herzstolpern | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| 17 | Übelkeit/Erbrechen | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| 18 | Diarrhö | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| 19 | Gelenk- und Muskelschmerzen | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| 20 | Hautveränderungen | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| 21 | Andere | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |

Folgende andere Symptome: _____

Diagnosestellung:

Wurden für die aktuellen Beschwerden bei Ihnen bereits Diagnosen gestellt?

☐ ja ☐ nein

und zwar: _____

Diagnosestellung durch:
(Arzt/Klinik) _____

Diagnosestellung
am: (Monat/Jahr) _____

Welche weiteren Ärzte waren bei der Aufklärung der aktuellen Beschwerden bereits beteiligt?

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Allergologe | ☐ Hautarzt | ☐ Orthopäde |
| ☐ Allgemeinmediziner | ☐ Hals,-Nasen-, Ohrenarzt | ☐ Pathologe |
| ☐ Angiologe | ☐ Homöopath | ☐ Psychiater |
| ☐ Anästhesist | ☐ Humangenetiker | ☐ Psychologe |
| ☐ Augenarzt | ☐ Immunologe | ☐ Psychosomatiker |
| ☐ Chiropraktiker | ☐ Internist | ☐ Radiologe/Nuklearmediziner |
| ☐ Chirurg | ☐ Kardiologe | ☐ Rheumatologe |
| ☐ Diabetologe | ☐ Kinderarzt | ☐ Schmerztherapeut |
| ☐ Endokrinologe | ☐ Lungenarzt | ☐ Umweltmediziner |
| ☐ Frauenarzt | ☐ Neurochirurg | ☐ Urologe |
| ☐ Gastroenterologe | ☐ Neurologe | ☐ Venenfacharzt |
| ☐ Gefäßarzt | ☐ Nierenarzt | ☐ Zahnarzt |
| ☐ Hämatologe | ☐ Onkologe | |
| ☐ Sonstiges: _____ | | |

Unabhängig von den Hauptbeschwerden, gibt es weitere Diagnosen?

- ☐ Nein
- ☐ Diagnose 1: _____
- ☐ Ja, und zwar:
- ☐ Diagnose 2: _____
- ☐ Diagnose 3: _____
- ☐ Diagnose 4: _____

Welche Untersuchungen wurden in Bezug auf ihre Beschwerden bereits durchgeführt?

EKG	Nein ☐	Ja ☐	Befund anbei ☐	Untersuchungsjahr _____
Langzeit-EKG / Belastungs-EKG	Nein ☐	Ja ☐	Befund anbei ☐	Untersuchungsjahr _____
Herzecho	Nein ☐	Ja ☐	Befund anbei ☐	Untersuchungsjahr _____
Lungenfunktionstest	Nein ☐	Ja ☐	Befund anbei ☐	Untersuchungsjahr _____
Röntgen-Thorax/CT	Nein ☐	Ja ☐	Befund anbei ☐	Untersuchungsjahr _____
Bronchoskopie/ Lungenspiegelung	Nein ☐	Ja ☐	Befund anbei ☐	Untersuchungsjahr _____
Computertomographie-CT/PET	Nein ☐	Ja ☐	Befund anbei ☐	Untersuchungsjahr _____
CT/PET folgender Organe:	_____			
Elektroencephalografie (EEG)	Nein ☐	Ja ☐	Befund anbei ☐	Untersuchungsjahr _____
Elektromyographie (EMG)	Nein ☐	Ja ☐	Befund anbei ☐	Untersuchungsjahr _____

Elektroneurographie (ENG)	Nein ☐	Ja ☐	Befund anbei ☐	Untersuchungsjahr _____
Gastroskopie/ Magenspiegelung	Nein ☐	Ja ☐	Befund anbei ☐	Untersuchungsjahr _____
Koloskopie/Darm- spiegelung	Nein ☐	Ja ☐	Befund anbei ☐	Untersuchungsjahr _____
MRT/CT vom Kopf	Nein ☐	Ja ☐	Befund anbei ☐	Untersuchungsjahr _____
Liquorentnahme (Entnahme von Nervenwasser aus Wirbelkanal)	Nein ☐	Ja ☐	Befund anbei ☐	Untersuchungsjahr _____
Sonographie/Ultra- schall	Nein ☐	Ja ☐	Befund anbei ☐	Untersuchungsjahr _____
Sono/Ultraschall folgender Organe:	_____			
Andere Untersuchungen	Nein ☐	Ja ☐	Befund anbei ☐	Untersuchungsjahr _____
Folgende Untersuchungen:	_____			

Aktuelle Medikation:

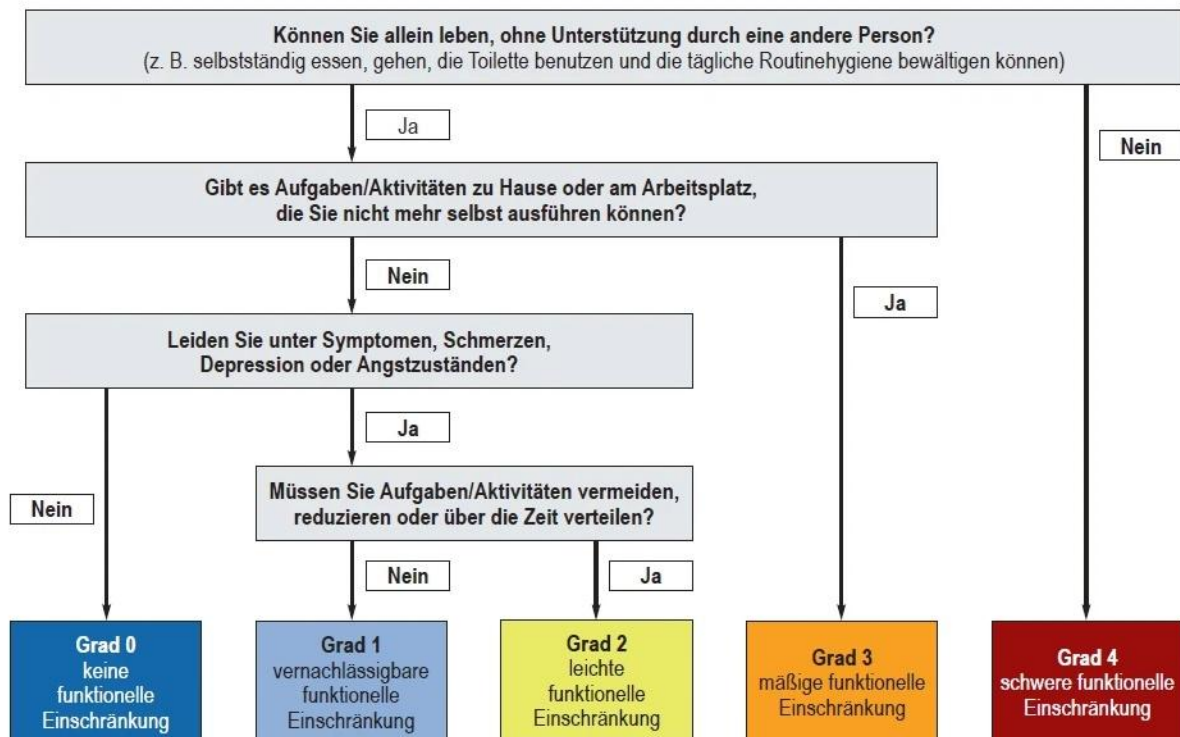
Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? (inklusive Nahrungsergänzungsmittel)?

z.B. ASS 100mg 1 0 1 0 24

Name	Dosis	Einnahmeschema				Dauer (in Monaten)
		Morgens	Mittags	Abends	Nachts	

Bitte geben Sie den zutreffenden Grad an.

Flussdiagramm für den Selbstbericht von Patienten auf der Post-COVID-19-Skala des funktionellen Status



(Klok et al., 2020)

Grad 0

☐

Grad 1

☐

Grad 2

☐

Grad 3

☐

Grad 4

☐

Einverständniserklärung/Entbindung von der Schweigepflicht

Bitte kreuzen Sie an:

Durch das Zusenden dieses Bogens bin ich damit einverstanden, dass meine Unterlagen durchgesehen und archiviert werden.

☐ stimme zu

☐ stimme nicht zu

Ich bin an einer zukünftigen Studienteilnahme interessiert.

☐ Ja

☐ Nein

Sie dürfen mich in ein anonymes Patientenregister aufnehmen.

☐ Ja

☐ Nein

- ☐ Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Arztbriefe/Befunde/andere originale Dateien von Untersuchungen (z.B. MRT-Bilder) meine Person betreffend gespeichert werden.
- ☐ Ich habe den Fragebogen eigenständig ausgefüllt und verstanden.
- ☐ Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Unterlagen ggf. an Ärzte des Universitätsklinikum Halle außerhalb der neuropsychiatrischen Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik zur Besprechung meiner Erkrankung weitergeleitet werden dürfen.

Name, Vorname

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

Ort, Datum

Unterschrift

Die Entbindung der Schweigepflicht kann jederzeit widerrufen werden.