

## 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

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

- |                                             |                                                  |                                                     |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergologe        | <input type="checkbox"/> Hautarzt                | <input type="checkbox"/> Orthopäde                  |
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmediziner | <input type="checkbox"/> Hals,-Nasen-, Ohrenarzt | <input type="checkbox"/> Pathologe                  |
| <input type="checkbox"/> Angiologe          | <input type="checkbox"/> Homöopath               | <input type="checkbox"/> Psychiater                 |
| <input type="checkbox"/> Anästhesist        | <input type="checkbox"/> Humangenetiker          | <input type="checkbox"/> Psychologe                 |
| <input type="checkbox"/> Augenarzt          | <input type="checkbox"/> Immunologe              | <input type="checkbox"/> Psychosomatiker            |
| <input type="checkbox"/> Chiropraktiker     | <input type="checkbox"/> Internist               | <input type="checkbox"/> Radiologe/Nuklearmediziner |
| <input type="checkbox"/> Chirurg            | <input type="checkbox"/> Kardiologe              | <input type="checkbox"/> Rheumatologe               |
| <input type="checkbox"/> Diabetologe        | <input type="checkbox"/> Kinderarzt              | <input type="checkbox"/> Schmerztherapeut           |
| <input type="checkbox"/> Endokrinologe      | <input type="checkbox"/> Lungenarzt              | <input type="checkbox"/> Umweltmediziner            |
| <input type="checkbox"/> Frauenarzt         | <input type="checkbox"/> Neurochirurg            | <input type="checkbox"/> Urologe                    |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologe   | <input type="checkbox"/> Neurologe               | <input type="checkbox"/> Venenfacharzt              |
| <input type="checkbox"/> Gefäßarzt          | <input type="checkbox"/> Nierenarzt              | <input type="checkbox"/> Zahnarzt                   |
| <input type="checkbox"/> Hämatologe         | <input type="checkbox"/> Onkologe                |                                                     |
| <input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Befund anbei<br><input type="checkbox"/> | Untersuchungsjahr<br>_____ |
| Langzeit-EKG /<br>Belastungs-EKG   | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Befund anbei<br><input type="checkbox"/> | Untersuchungsjahr<br>_____ |
| Herzecho                           | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Befund anbei<br><input type="checkbox"/> | Untersuchungsjahr<br>_____ |
| Lungenfunktionstest                | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Befund anbei<br><input type="checkbox"/> | Untersuchungsjahr<br>_____ |
| Röntgen-Thorax/CT                  | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Befund anbei<br><input type="checkbox"/> | Untersuchungsjahr<br>_____ |
| Bronchoskopie/<br>Lungenspiegelung | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Befund anbei<br><input type="checkbox"/> | Untersuchungsjahr<br>_____ |
| Computertomo-<br>graphie-CT/PET    | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Befund anbei<br><input type="checkbox"/> | Untersuchungsjahr<br>_____ |
| CT/PET folgender<br>Organe:        | _____                            |                                |                                          |                            |
| Elektroenze-<br>phalografie (EEG)  | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Befund anbei<br><input type="checkbox"/> | Untersuchungsjahr<br>_____ |
| Elektromyographie<br>(EMG)         | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Befund anbei<br><input type="checkbox"/> | Untersuchungsjahr<br>_____ |

|                                                                     |                                  |                                |                                          |                            |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|----------------------------|
| Elektroneurographie (ENG)                                           | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Befund anbei<br><input type="checkbox"/> | Untersuchungsjahr<br>_____ |
| Gastroskopie/<br>Magenspiegelung                                    | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Befund anbei<br><input type="checkbox"/> | Untersuchungsjahr<br>_____ |
| Koloskopie/Darm-<br>spiegelung                                      | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Befund anbei<br><input type="checkbox"/> | Untersuchungsjahr<br>_____ |
| MRT/CT vom Kopf                                                     | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Befund anbei<br><input type="checkbox"/> | Untersuchungsjahr<br>_____ |
| Liquorentnahme<br>(Entnahme von<br>Nervenwasser aus<br>Wirbelkanal) | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Befund anbei<br><input type="checkbox"/> | Untersuchungsjahr<br>_____ |
| Sonographie/Ultra-<br>schall                                        | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Befund anbei<br><input type="checkbox"/> | Untersuchungsjahr<br>_____ |
| Sono/Ultraschall<br>folgender Organe:                               | _____                            |                                |                                          |                            |
| Andere<br>Untersuchungen                                            | Nein<br><input type="checkbox"/> | Ja<br><input type="checkbox"/> | Befund anbei<br><input type="checkbox"/> | Untersuchungsjahr<br>_____ |
| Folgende<br>Untersuchungen:                                         | _____                            |                                |                                          |                            |

### Aktuelle Medikation:

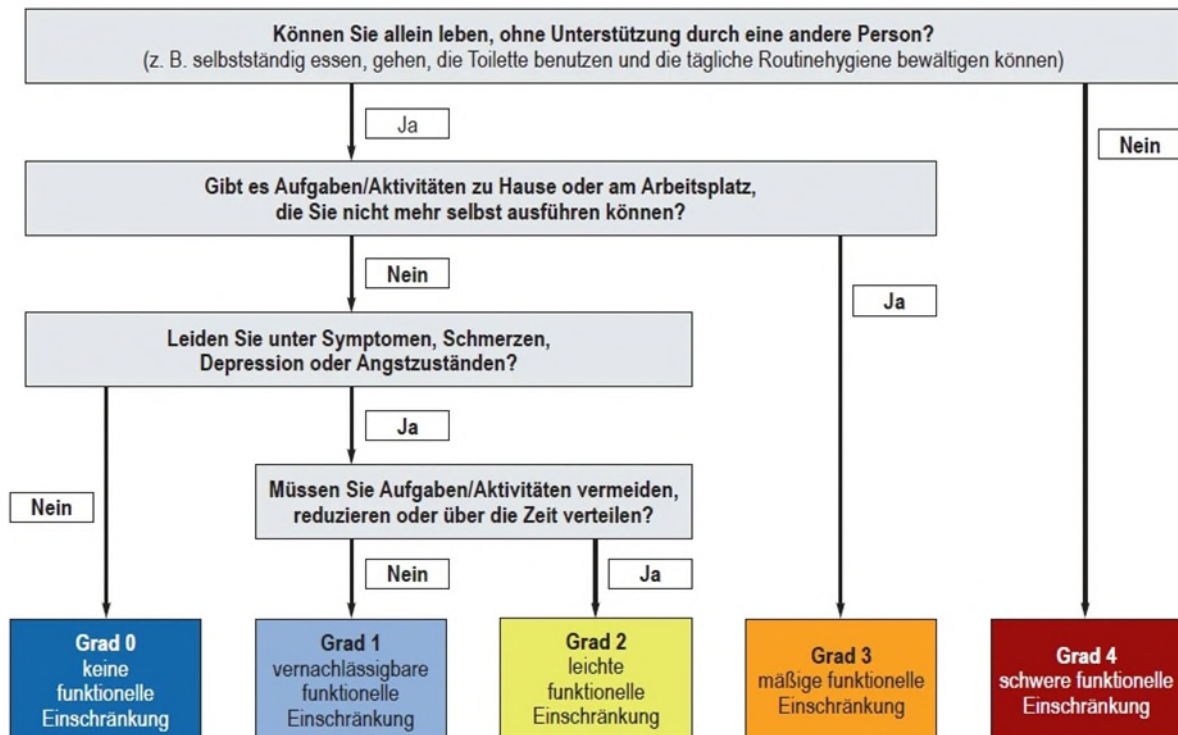
Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? (inklusive Nahrungsergänzungsmittel)?

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

| Name | Dosis | Einnahmeschema |         |        |        | Dauer<br>(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.