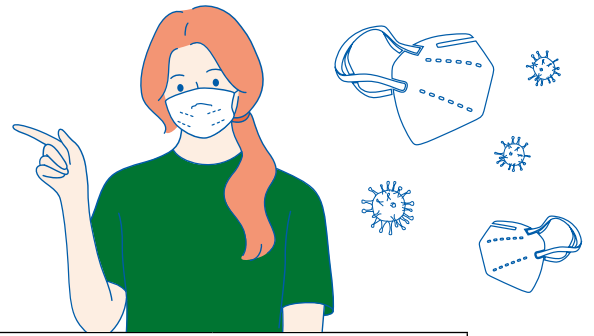


# Post-COVID-Check vom Patienten auszufüllen



## Allgemeine und gesundheitsbezogene Angaben

|                                 |  |                                   |                                   |
|---------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Familiename, Vorname, Titel     |  | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich |
| Geburtsdatum                    | Körpergröße  | Gewicht                           |                                   |
| Leiden Sie an einer Allergie?   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, an welcher?   |                                   |                                   |
| Rauchen Sie?                    | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie viele Zigaretten pro Tag?<br><input type="checkbox"/> früher, bis MM/JJJJ   |                                   |                                   |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> ein oder mehr alkoholische Getränke täglich<br><input type="checkbox"/> 1-3 alkoholische Getränke pro Woche<br><input type="checkbox"/> gelegentlich |                                   |                                   |

## Angaben zur COVID-19-Erkrankung

|  |                               |   |  |
|--|-------------------------------|---|--|
| Wann hatten Sie die ersten Symptome einer COVID-19-Erkrankung?   | TT/MM/JJJJ                    |   |  |
| Wann wurden Sie das erste Mal positiv auf SARS-Covid-2 getestet? | TT/MM/JJJJ                    |   |  |
| Sind sie bereits zweimal an COVID-19 erkrankt?                   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wann wurden Sie das zweite Mal positiv auf SARS-Covid-2 getestet?<br>TT/MM/JJJJ  |  |
| Leiden Sie derzeit unter Beschwerden?                            | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> Müdigkeit<br><input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit<br><input type="checkbox"/> Schmerzen oder Enge in der Brust<br><input type="checkbox"/> Husten<br><input type="checkbox"/> Riech-/Geschmacksstörungen<br><input type="checkbox"/> Gastrointestinale Probleme<br><input type="checkbox"/> Andere: |  |

## Fragen zum Krankheitsverlauf

|   |                               |  |
|---|-------------------------------|--|
| Waren Sie in ärztlicher Behandlung?       | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja  |
| Wurden Sie stationär im Spital behandelt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> auf der Intensivstation?<br><input type="checkbox"/> Erhielten Sie Sauerstoff?<br><input type="checkbox"/> Wurden Sie beatmet? |

## Angaben zum Impfstatus

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| Ich habe eine COVID-19-Impfung erhalten       | <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> ja, Anzahl der Impfdosen: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> nicht bekannt |  |
| Falls ja, wann erhielten Sie die Impfung(en)? | 1. Dosis am   | TT/MM/JJJJ  |  |
|   | 2. Dosis am   | TT/MM/JJJJ  |  |
| Herstellernamen der 1. Impfung:               | <input type="checkbox"/> BioNTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> Janssen-Cilag <input type="checkbox"/> anderer: |   |  |
| Herstellernamen der 2. Impfung:               | <input type="checkbox"/> BioNTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> anderer:  |   |  |

**Vom Patienten auszufüllen**

**Angaben zur Veränderung der psychischen Verfassung seit der COVID-19-Erkrankung**

0 sehr schlecht – 10 sehr gut

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Wie ist Ihr allgemeines Wohlbefinden? | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 |
|---------------------------------------|---|

0 sehr stark – 10 gar nicht

|  |   |
|--|---|
| Leiden Sie vermehrt unter Müdigkeit?               | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 |
| Leiden Sie unter reduzierter Merkfähigkeit?        | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 |
| Leiden Sie unter Konzentrationsschwierigkeiten?    | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 |
| Leiden Sie unter Stimmungsschwankungen?            | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 |
| Leiden Sie unter Niedergeschlagenheit?             | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 |
| Ist Ihr Antrieb vermindert?                        | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 |
| Haben Sie Ängste oder Sorgen?                      | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 |
| Leiden Sie unter Schlafstörungen?                  | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 |
| Haben Sie plagende Erinnerungen an die Erkrankung? | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 |
| Haben Sie keine Freude mehr am Leben?              | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 |

**Angaben zu chronischen und früheren Erkrankungen**

|  |  |
|--|--|
| Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?                                |  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Schlaganfall                                    |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie (Bluthochdruck)  | <input type="checkbox"/> Lungenembolie                                   |
| <input type="checkbox"/> Adipositas (BMI>30)   | <input type="checkbox"/> Tiefe Venenthrombose                            |
| <input type="checkbox"/> COPD  | <input type="checkbox"/> Chronische Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV) |
| <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit (KHK)  | <input type="checkbox"/> Depressionen                                    |
| <input type="checkbox"/> Chronische Nierenerkrankung   | <input type="checkbox"/> Angststörung                                    |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz  | <input type="checkbox"/> Panikattacken                                   |
| <input type="checkbox"/> Krebs, falls ja, welche onkologische Erkrankung:                      | <input type="checkbox"/> Suchterkrankung                                 |
|  | <input type="checkbox"/> Andere:   |
| Nehmen Sie Medikamente ein? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? |  |

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient \_\_\_\_\_

Fassung: 4.2021