

Erhebungsbogen Post-COVID-Ambulanz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

das Universitätsklinikum Regensburg bietet für **schwer beeinträchtigte** Patienten mit Post-COVID-Syndrom aus dem ostbayerischen Raum eine individualisierte und multidisziplinäre Versorgung an. Eine Anmeldung für unsere Post-COVID-Sprechstunde kann sowohl durch die Patienten selbst als auch über den Haus- oder Facharzt erfolgen. Für einen Termin benötigen wir vorab einige Informationen, weshalb wir Sie bitten, den Erhebungsbogen vollständig auszufüllen und per E-Mail, Fax oder Post an uns zu senden.

Kontaktdaten der Post-COVID-Ambulanz:

Universitätsklinikum Regensburg
Post-COVID-Ambulanz
c/o Infektionsambulanz
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg
E-Mail: termin.postcovid@ukr.de
Tel: 0941 944-12326
Fax: 0941 944-4252

Angaben zum Patienten und zur anmeldenden Praxis

(bitte Praxisstempel mit Telefonnummer für Rückfragen)

Vorname, Name	_____	Praxisstempel
Geburtsdatum	_____	
Straße, Hausnummer	_____	
PLZ, Ort	_____	
Krankenversicherung	_____	
Telefonnummer	_____	
E-Mail	_____	

Wer macht die folgenden Angaben? Patient Angehöriger Hausarzt / Facharzt

Geschlecht: Weiblich Männlich Divers

Aktuelles Gewicht:

<50 kg 50-69 kg 70-89 kg 90-109 kg >110 kg

Körpergröße: _____



Angaben zur akuten SARS-CoV-2-Infektion

Falls der Patient mehrfach infiziert war, beziehen Sie Ihre Angaben bitte auf die schwerwiegendste Infektion, bzw. die Infektion, mit der die Post-COVID Beschwerden begonnen haben.

Zeitpunkt der Infektion: Monat: _____ Jahr: _____

- keine Therapie / Therapie zu Hause (ohne Arzt)
- ambulante ärztliche Behandlung (Hausarzt)
- Krankenhaus ohne Intensivaufnahme
- Krankenhaus mit Intensivaufnahme

Angaben zum aktuellen Beschwerdebild

Bitte wählen Sie die zutreffenden Symptome aus und geben Sie die jeweilige Beeinträchtigung an:

	Beeinträchtigung im Alltag		
	gering	mittel	schwer
<input type="checkbox"/> Fatigue / Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Die Schmerzen sind nach der COVID-19 Erkrankung neu aufgetreten			
<input type="checkbox"/> Bestehende Schmerzen haben sich nach der COVID-19 Erkrankung verschlimmert			
<input type="checkbox"/> Muskelschmerzen			
<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen			
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen			
<input type="checkbox"/> andere Schmerzen			
<input type="checkbox"/> Luftnot / Atemnot (Belastung und Ruhe) oder andere schwere Beeinträchtigungen der Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Störungen des Riechens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Störungen des Schmeckens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schwindel, Tinnitus, Hörminderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Angst- oder Belastungssymptomatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen, Sprachstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lähmungen, Gefühlsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Herzrasen, Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen, Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welches Symptom beeinträchtigt am meisten? _____

Relevante Vorerkrankungen

Bitte wählen Sie die zutreffenden Vorerkrankungen aus.

- Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs

- Erkrankungen des Nervensystems, Gehirn, Rückenmarks
z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Schlaganfall, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie; Zustand nach Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall, dementielle Erkrankungen

- Erkrankungen der Atemwege
z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung, vorherige Lungenembolie

- Erkrankungen von Herz oder Kreislauf
z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen; Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma; Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie

- Magen-, Darmerkrankungen
z.B. Entzündung der Magenschleimhaut oder der Speiseröhre (Refluxkrankheit), Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M.Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz (Schwäche des Schließmuskels); Zustand nach Magen- oder Darmblutung

- Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse
z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse

- Erkrankungen der Niere, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane
z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung; Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen

- Stoffwechselerkrankungen
z.B. Zuckerkrankheit; Über-, oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht; Erhöhung der Blutfettwerte

- Hauterkrankungen
z. B. Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme

- Operationen oder Erkrankungen des Ohres oder der Nase

- Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems/des Bindegewebes
z.B. Chronische Polyarthritis, M.Bechterew, rheumatische Muskelentzündung, Skoliose, Osteoporose, Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk; Zustand nach Bruch eines Wirbelkörpers

- Seelische Leiden
z.B. Depression, Angst- und Panikstörung, Essstörung, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose, Zwangsstörung, Traumafolgestörung

- Risikofaktoren
z.B. Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV

- Unverträglichkeiten, Allergien
z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub

- andere Erkrankung: _____

Angaben zum aktuellen Behandlungsstatus

Wurden bereits ärztliche Behandlungen aufgrund Ihrer aktuellen Beschwerden **nach** der COVID-19-Erkrankung (Post-COVID-Symptomatik) durchgeführt?

- Ja **Wenn ja:** ambulant stationär
 Nein

Wurden bereits Rehabilitationsmaßnahmen (ambulant oder stationär) durchgeführt?

- Ja Nein

Angaben zum Erwerbsstatus:

Erwerbsstatus vor der COVID-19-Erkrankung:

- berufstätig berentet Student anderes
Als: _____

Besteht aktuell Arbeitsunfähigkeit?

- Ja Nein

Vorhandene Befunde

Untersuchung / Befund	Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/> Blutbild/Serum	
<input type="checkbox"/> EKG	
<input type="checkbox"/> Herzecho	
<input type="checkbox"/> Lungenfunktion	
<input type="checkbox"/> Thorax-Röntgen / CT	
<input type="checkbox"/> Neurologischer Status	
<input type="checkbox"/> Psychiatrisches Konsil	
<input type="checkbox"/> Andere: _____	
<input type="checkbox"/> Andere: _____	

Anmerkungen / weitere Angaben

Selbsteinschätzung des funktionellen Status durch den Patienten

Bitte folgen Sie den Schritten des Flussdiagramms und kreuzen Sie den zutreffenden Grad der funktionellen Einschränkung an. Falls zwei Grade angemessen erscheinen, wählen Sie den höchsten Grad mit den meisten Einschränkungen. Beziehen Sie Ihre Einschätzung auf die durchschnittliche Situation der letzten Woche.

