

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Datum: _____ Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Wir werden Sie kontaktieren.

Größe: _____ Gewicht: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Ihnen einige Fragen zu Ihrer Gesundheit und Ihrem Befinden nach überstandener Coronavirus-Erkrankung stellen. Die von uns verwendeten Fragebögen werden standardisiert in der Forschung weltweit benutzt; da wir mehrere Fragebögen benutzen kann es daher sein, dass sich Fragen auf diesem oder anderen Fragebögen teilweise inhaltlich überschneiden. Damit überall identische Fragen gestellt werden und die Ergebnisse vergleichbar sind, können Überschneidungen nicht vollständig vermieden werden. Hierfür bitten wir um Verständnis.

Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und ganz nach Ihrem eigenen Befinden und Verständnis – und weitgehend spontan, ohne dass Sie länger über eine Antwort nachdenken. Bitte haben Sie Verständnis, dass ein Termin ohne einen vollständig ausgefüllten Bogen und/oder fehlende Unterlagen nicht weiterbearbeitet wird.

1. Wann war der Beginn Ihrer COVID-19 Erkrankung (vermutliches Datum der Infektion)?

Datum (TT/MM/JJJJ) _____

2. Wann wurde bei Ihnen die Diagnose einer Coronavirusinfektion (COVID-19) gestellt/bestätigt?

Datum (TT/MM/JJJJ) _____

3. Wie wurde diese gestellt?

- *Tiefen Rachen- und Nasenabstrich? (Realtime-PCR qualitativ/quantitativ)*
bitte hängen Sie das Ergebnis mit dem ausgefüllten Bogen an.
- *Röntgen-/CT-Thorax*
bitte hängen Sie das Ergebnis mit dem ausgefüllten Bogen an.
- *Antikörpergegen SARS-CoV-2* bitte hängen Sie das Ergebnis mit dem ausgefüllten Bogen an

4. Wurde bei Ihnen bereits eine Lungenfunktionsprüfung durchgeführt?

bitte hängen Sie das Ergebnis mit dem ausgefüllten Bogen an.

5. Liegt bei Ihnen eine andere Erkrankung vor? o nein

- ja, und zwar: _____

4. Wie ist die Corona-Infektion bei Ihnen in den ersten 4 Wochen verlaufen?

Die für mich stärkste(n) Beschwerde(n) / das wichtigste(n) Symptom(en) war(en):

Ich hatte folgende weitere Beschwerden: _____

Ich wurde stationär im Krankenhaus behandelt	O JA	O NEIN
Ich wurde mit Sauerstoffgabe behandelt	O JA	O NEIN
Ich wurde auf der Intensivstation behandelt	O JA	O NEIN
Ich wurde künstlich beatmet	O JA	O NEIN
Ich bin seit der COVID-19-Erkrankung bewusstlos geworden	O JA	O NEIN
Ich kann nachts flach liegen/schlafen	O JA	O NEIN
Ich habe bemerkt, dass seit der COVID-19-Erkrankung mein Blutdruck erhöht ist	O JA	O NEIN

5. Haben Sie anhaltende Beschwerden – bitte ankreuzen:

	Nein	Ja, leicht	Ja, mäßig	Ja, stark
Fieber				
Fatigue (Erschöpfung)				
Wann hat die Fatigue begonnen? Datum (MM.JJJJ) _____				
Schlafstörung				
Schlaf nicht erholsam				
Atemnot/Luftnot bei Belastung				
Atemnot/Luftnot ohne Belastung				
Brustschmerzen				
Herzrasen/Herzklopfen				
Herzstolpern				
Schwindel				
Konzentrationsstörung				
Gedächtnisstörung				
Wortfindungsstörung				
Gefühlsstörungen / Taubheitsgefühl				
Missempfindungen				
Geruchssinnverlust				
Geschmackssinnverlust				
Kopfschmerzen				
Rückenschmerzen				
Muskelschmerzen				
Gelenkschmerzen				
Halsschmerzen				
Grippiges Gefühl				
Depression/Angst				

Eventuell weitere anhaltende Beschwerden?

	leicht	mäßig	stark

Nehmen die o. g. Beschwerden nach leichter Belastung zu? ja nein

... wenn ja für wie lange (Durchschnitt der **letzten Woche**)?

gar nicht <input type="radio"/>	< 1 St. <input type="radio"/>	2-3 St. <input type="radio"/>	4-10 St. <input type="radio"/>	11-13 St. <input type="radio"/>	14-23. St. <input type="radio"/>	>24 St. <input type="radio"/>	2-3 Tage <input type="radio"/>
------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

6. Die Beschwerden haben sich im Verlauf seit Ende der Infektion:

gebessert sind unverändert haben zugenommen

(EQ5D5L)

Bitte beantworten Sie nun einige Fragen zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand (d.h. HEUTE) und ggfs. vorhandenen Einschränkungen Ihrer Aktivitäten. Bitte markieren Sie bei jedem Thema das Kästchen, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

Thema: FÜR SICH SELBST SORGEN

- Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

Thema: ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien-oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

Thema: SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

Thema: BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe leichte Probleme herumzugehen
- Ich habe mäßige Probleme herumzugehen
- Ich habe große Probleme herumzugehen
- Ich bin nicht in der Lage herumzugehen

Thema: ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.

Die Skala rechts ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen:

100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

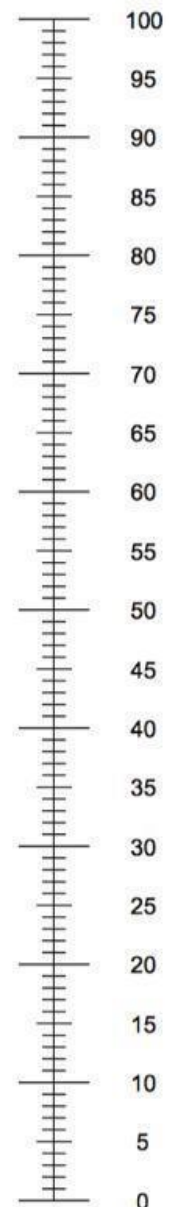
0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte markieren Sie den Punkt auf der Skala, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt mit einem Kreuz.

Anschließend tragen Sie bitte den Punktwert von der Skala in der folgenden Zeile ein:

Punktwert: _____

Beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können



Schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können

Ich bin einverstanden, dass mich Mitarbeiter des Fatigue Centrums und/oder ECRC/CRU Hochschulambulanz Berlin Buch der Charité kontaktieren, um mich über Studien und Veranstaltungen für Patienten zu informieren. Auch bin ich damit einverstanden, dass zu diesem Zweck meine persönlichen Daten inklusive Adresse und Telefonnummer durch die o.g. Einrichtungen erfasst werden. Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Mein Einverständnis kann ich jederzeit mündlich oder schriftlich widerrufen.

- ja
- nein

Aktuelles Datum: _____ **Unterschrift** _____
