

Post-COVID-Fragebogen

Name Patientin/Patient – Geburtsdatum, Telefonnummer

.....

1. COVID-Erkrankung-Nachweis am
2. Ambulanter Verlauf ja nein

3. Krankenhausverlauf
Krankenhausaufenthalt vom bis.....

4. Beatmung ja nein
Ggf. wie lange vom bis.....

5. Aktuelle Beschwerden
.....
.....
.....

6. Weitere Erkrankungen
.....
.....
.....

7. Medikation
.....
.....
.....

8. Strukturierte Abfrage weiterer Probleme
 - Haarausfall ja nein
 - Hautveränderung ja nein
 - Nervenprobleme ja nein
Wenn ja welche?
.....
.....
.....

 - Ausfall des Riechens ja nein
Dauer?.....

 - Geschmacksprobleme ja nein
Dauer?.....

 - Luftprobleme ja nein
Bei ja - in Ruhe oder bei Belastung
.....

9. Verlauf

- Müdigkeit ja nein
- Störung des Kurzzeitgedächtnisses ja nein
- Herzstolpern ja nein
- Hohe Herzfrequenz ja nein
- Gemessene Herzfrequenz.....

- Nachgewiesene Blutgerinnsel ja nein

10. Weitere, oben nicht aufgeführte Probleme

.....
.....
.....
.....

11. Ist eine Computertomographie durchgeführt worden ja nein

Wenn ja wann?.....

1. Welche Fragestellung möchten Sie in der Videosprechstunde behandelt wissen?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Wird ggf. ein Folgetermin gewünscht? ja nein

.....
Unterschrift Patientin/Patient

.....
Datum