

Munich Long COVID Symptom Questionnaire (MLCSQ) - Fragebogen für Kinder und Jugendliche (≤ 17 Jahre)

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Ausfülldatum:	Ausfülldauer: min

Name (Arzt*in):
Vorname (Arzt*in):
Datum (Arzt*in):
Einrichtung:

Bitte fülle den Fragebogen soweit möglich alleine aus und lasse Dir falls nötig von deinen Eltern helfen.
Alle weiteren offenen Punkte oder Verständnisprobleme sollen im ärztlichen Gespräch geklärt werden.

	Seit der SARS-CoV-2 Infektion nicht aufgetreten	Falls Beschwerden seit der SARS-CoV-2 Infektion aufgetreten sind, beantworte bitte die nachstehenden Fragen			Ärztlicher Vermerk		
		Wie häufig ist das Symptom?				Wie schwer ist das Symptom? 1 = mild 2 = moderat 3 = schwer	
I Fatigue / Belastungsintoleranz							
1	Fatigue (Erschöpfung, Abgeschlagenheit) ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
2	Verschlechterung der Symptome nach milder geistiger und/oder körperlicher Aktivität ¹	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
3	Eingeschränkte Belastbarkeit ²	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	

II Hals-Nase-Ohren								
4	Halsschmerzen ²	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
5	Lymphknotenschwellung	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
6	Stimmstörung	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
7	Schluckbeschwerden ¹	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
8	Trockener Mund ³	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
9	Schnupfen ²	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
10	Nasennebenhöhlenbeschwerden ²	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
11	Verlust des Geruchssinns ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
12	Verlust des Geschmackssinns ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
13	Veränderter Geruchssinn ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
14	Veränderter Geschmackssinn ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
15	Ohrenscherzen ²	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
16	Schwerhörigkeit ¹	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
17	Ohrgeräusche ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
18	Weitere Hals-Nase-Ohren-Beschwerden:							

III Auge								
19	Gerötete Augen	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
20	Trockene Augen ³	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
21	Lichtempfindlichkeit ³	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
22	Sehstörung ^{1,3}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
23	Weitere Augen-Beschwerden:							

IV Atemwege								
24	Wiederkehrender trockener Husten ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
25	Verschleimung	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
26	Schmerzen beim Atmen ¹	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
27	Kurzatmigkeit und/oder Atemnot in Ruhe ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
28	Kurzatmigkeit und/oder Atemnot bei Belastung ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3		
29	Weitere Atemwegs-Beschwerden:							

	Seit der SARS-CoV-2 Infektion nicht aufgetreten	Falls Beschwerden seit der SARS-CoV-2 Infektion aufgetreten sind, beantworte bitte die nachstehenden Fragen			Ärztlicher Vermerk
		Wie häufig ist das Symptom?	Wie schwer ist das Symptom? 1 = mild 2 = moderat 3 = schwer		
V Herz-Kreislauf					
30	Engegefühl in der Brust ²	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
31	Atemunabhängige Brustschmerzen ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
32	Herzpochen ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
33	Herzrasen ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
34	Kreislaufprobleme beim Aufrichten ³	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
35	Bewusstseinsverlust und/oder Blackout ¹	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
36	Weitere Herz-Kreislauf-Beschwerden:				

VI Magen-Darm-Trakt					
37	Bauchschmerzen ^{1,2,3}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
38	Übelkeit ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
39	Erbrechen ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
40	Durchfall ^{1,2,3}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
41	Verstopfung ^{1,3}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
42	Völlegefühl ³	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
43	Blähungen ³	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
44	Appetitlosigkeit ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
45	Gewichtsverlust ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
46	Weitere Magen-Darm-Trakt-Beschwerden:				

VII Muskel-Gelenke-Skelett					
47	Muskelschmerzen ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
48	Muskelschwäche in den Gliedern ¹	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
49	Muskelzuckungen ¹	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
50	Muskelzittern ¹	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
51	Muskelsteifheit ¹	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
52	Gelenkschmerzen ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
53	Schwellung von Gelenken ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
54	Rötung und/oder Überwärmung von Gelenken ²	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
55	Rückenschmerzen	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
56	Weitere Muskel-Gelenke-Skelett-Beschwerden:				

VIII Nervensystem					
57	Kopfschmerzen ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
58	Konzentrationsprobleme ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
59	Vergesslichkeit ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
60	Benommenheit ¹	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
61	Schwindel ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
62	Taubheitsgefühl und/oder Kribbeln ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
63	Taubheitsgefühl in einer Körper- und/oder Gesichtshälfte ¹	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
64	Lähmung einer Körper- und/oder Gesichtshälfte ¹	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
65	Verlangsamte Bewegungen ¹	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
66	Gleichgewichtsprobleme ¹	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
67	Probleme mit dem Gang und/oder Stürze ¹	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
68	Krampfanfälle ¹	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
69	Weitere neurologische Beschwerden:				

IX Körpertemperatur					
70	Vermehrtes Schwitzen ^{2,3}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
71	Fieber > 38,0 °C ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
72	Schüttelfrost	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3	
73	Weitere Körpertemperatur-Beschwerden:				

	Seit der SARS-CoV-2 Infektion nicht aufgetreten	Falls Beschwerden seit der SARS-CoV-2 Infektion aufgetreten sind, beantworte bitte die nachstehenden Fragen			Ärztlicher Vermerk
		Wie häufig ist das Symptom?	Wie schwer ist das Symptom? 1 = mild 2 = moderat 3 = schwer		
X Haut					
74 Hautausschlag ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr Betroffen sind...	<input type="checkbox"/> Ab und zu <input type="checkbox"/> Gesicht <input type="checkbox"/> Rumpf	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend <input type="checkbox"/> Gesäß <input type="checkbox"/> Beine <input type="checkbox"/> Finger <input type="checkbox"/> Zehen	1 2 3
75 Blaue Finger und/oder Zehen ^{1,2,3}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3
76 Andere Veränderungen der Hautfarbe an Händen und/oder Füßen (rot, weiß) ^{1,3}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3
77 Geschwollene Knöchel ¹ / Odeme	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3
78 Haarausfall ²	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3
79 Weitere Haut-Beschwerden:					

XI Schlaf					
80 Vermehrtes Schlafen ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3
81 Vermindertes Schlafen ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3
82 Andere Schlafstörungen ²	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3
83 Weitere Schlaf-Beschwerden:					

XII Psyche					
84 Verhaltensänderung ¹	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3
85 Tic	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3
86 Depressive Verstimmung ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3
87 Verlust von Interesse und Freude ¹	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3
88 Antriebslosigkeit / Motivationsschwierigkeiten ²	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3
89 Angstsymptome ^{1,2}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3
90 Halluzinationen ¹	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3
91 Weitere psychische Beschwerden:					

XIII Harn- und Geschlechtsapparat					
92 Probleme beim Wasserlassen ^{1,3}	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3
Zu beantworten nur von Patient*innen ≥ 12 Jahre					
93 Schmerzhaftes Menstruation ¹	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3
94 Veränderte Sexualfunktion ¹	0	<input type="checkbox"/> Jetzt nicht mehr	<input type="checkbox"/> Ab und zu	<input type="checkbox"/> Immer noch durchgehend	1 2 3
95 Weitere Beschwerden des Harn- und Geschlechtsapparats:					

96 Sonstige Beschwerden:	_____
--------------------------	-------

Adaptiert von:

¹ WHO. Global COVID-19 Clinical Platform Case Report Form (CRF) for Post COVID condition (Post COVID-19 CRF). 2021 Feb. Abgerufen am: 17.11.2021 von https://cdn.who.int/media/docs/default-source/3rd-edl-submissions/who_of_postcovid_feb9_2021.pdf?sfvrsn=76afd14_1&download=true.

² DGPI. DGPI Survey – Long COVID-19. Abgerufen am: 26.07.2021 von <https://dgpi.de/post-covid-19-survey/>.

³ Sletten DM, Suarez GA, Low PA, Mandrekar J, Singer W. COMPASS 31: a refined and abbreviated Composite Autonomic Symptom Score. Mayo Clin Proc. 2012 Dec; 87(12):1196-201. doi: 10.1016/j.mayocp.2012.10.013.