

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Angehörige,

dies ist ein ausführlicher Anamnesebogen, um die Krankengeschichte, die aktuellen Symptome und bereits durchgeführte Therapien zu erfassen.

Bitte nehmen Sie sich die nötige Zeit und füllen Sie den Bogen vollständig aus, da dies für die weitere Versorgung entscheidend ist.

Nachname:

Vornamen:

Ausfülldatum:

Ausfülldatum: _____

Nachname:		Vornamen:	
Geburtsdatum:		Alter:	
Geschlecht (Pass): <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> ohne Angabe			Geschlechtliche Identität:
Wohnort:		Postleitzahl:	Straße/Hausnummer:
Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere			Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat
Kontakt	Festnetz	Mobiltelefon	E-Mail
Erwachsene Patient*innen			
Elternteil 1			
Elternteil 2			
Gesetzlicher Vormund			

1. Wann haben die aktuellen Beschwerden <u>begonnen</u> ? _____ (tt.mm.jjjj)
2. In welchem <u>Zeitraum</u> ab dem (vermutlich) auslösenden Ereignis haben sich die Beschwerden entwickelt? <input type="checkbox"/> akut/rasch (innerhalb von 4 Wochen) <input type="checkbox"/> schnell schleichend (ab 4 Wochen bis 1 Jahr) <input type="checkbox"/> langsam schleichend (länger als 1 Jahr) <input type="checkbox"/> episodisch (phasenweise gesund) <input type="checkbox"/> Weiß nicht
3. Wie hat sich der Zustand seit Beginn der aktuellen Beschwerden bis heute <u>verändert</u> ? <input type="checkbox"/> verbessert <input type="checkbox"/> verschlechtert <input type="checkbox"/> unverändert

4. Wodurch wurden die aktuellen Beschwerden <u>vermutlich ausgelöst</u> ?					
Mehrfachnennung ist möglich, bei Antwort ja bitte genauer ausführen					
Mögliche Auslöser				Datum	Ärztlicher Vermerk
Infektion	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht	1) 2) 3)	
Impfung	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht	1) 2) 3)	
Unfall	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht		
Operation	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht		
Prüfung	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht		
Wettkampf	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht		
Sonstige Stresssituation	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht		
Anderes Ereignis	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht		

Nachname:

Vornamen:

Ausfülldatum:

5. Welche Infektionserkrankungen wurden jemals durchgemacht und durch Labortests bestätigt?		
Mehrfachnennung ist möglich		
Erkrankung	Datum Labortest	Durch Arzt/Ärztin ergänzen (pos/neg markieren)
<input type="checkbox"/> COVID-19 (SARS-CoV-2)		1. <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Antigen <input type="checkbox"/> VoC: 2. <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Antigen <input type="checkbox"/> VoC: 3. <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Antigen <input type="checkbox"/> VoC:
<input type="checkbox"/> Grippe (Influenzavirus)		1. <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Antigen 2. <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Antigen 3. <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Antigen
<input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber (EBV)		1. <input type="checkbox"/> VCA-IgM pos/neg <input type="checkbox"/> VCA-IgG pos/neg <input type="checkbox"/> EBNA1-IgG pos/neg 2. <input type="checkbox"/> VCA-IgM pos/neg <input type="checkbox"/> VCA-IgG pos/neg <input type="checkbox"/> EBNA1-IgG pos/neg 3. <input type="checkbox"/> VCA-IgM pos/neg <input type="checkbox"/> VCA-IgG pos/neg <input type="checkbox"/> EBNA1-IgG pos/neg
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

6. Entspricht der allgemeine Impfstatus den aktuellen Empfehlungen der STIKO?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	Durch Impfpass bestätigt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

7. Sind COVID-19-Impfungen erfolgt?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht		
	Datum	
1. Impfung		<input type="checkbox"/> BioNTech/Pfizer <input type="checkbox"/> anderer:
2. Impfung		<input type="checkbox"/> BioNTech/Pfizer <input type="checkbox"/> anderer:
3. Impfung		<input type="checkbox"/> BioNTech/Pfizer <input type="checkbox"/> anderer:
4. Impfung		<input type="checkbox"/> BioNTech/Pfizer <input type="checkbox"/> anderer:
5. Impfung		<input type="checkbox"/> BioNTech/Pfizer <input type="checkbox"/> anderer:
6. Impfung		<input type="checkbox"/> BioNTech/Pfizer <input type="checkbox"/> anderer:
7. Impfung		<input type="checkbox"/> BioNTech/Pfizer <input type="checkbox"/> anderer:
8. Impfung		<input type="checkbox"/> BioNTech/Pfizer <input type="checkbox"/> anderer:

8. Ist eine COVID-19-Impfung nach Beginn der aktuellen Beschwerden erfolgt?	
Falls Ja, wie hat sich die Impfung auf die vorbestehenden Beschwerden ausgewirkt?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht	

	kurzzeitig besser (<7 Tage)	Längerfristig besser (>7 Tage)	Keine Änderung	kurzzeitig schlechter (<7 Tage)	längerfristig schlechter (>7 Tage)	Sind neue Symptome aufgetreten?	Ärztlicher Vermerk
1. Impfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Impfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Impfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Impfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Impfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Impfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Impfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Impfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9. Größe:	10. Gewicht:
-----------	--------------

Nachname:

Vornamen:

Ausfülldatum:

11. Welche <u>Beschwerden</u> zeigten sich in den ersten 4 Wochen nach dem (vermutlich) auslösenden Ereignis?				
I Allgemeinsymptome				
1	Fieber > 38,0 °C	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
2	Fatigue (Erschöpfung, Abgeschlagenheit)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
3	Apathie (Teilnahmslosigkeit)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
II Hals-Nase-Ohr-Auge				
4	Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
5	Lymphknotenschwellung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
6	Schnupfen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
7	Verlust des Geruchssinns	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
8	Verlust des Geschmackssinns	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
9	Veränderter Geruchssinn	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
10	Veränderter Geschmackssinn	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
11	Bindehautrötung/-entzündung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
III Atemwege				
12	Husten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
13	Schmerzen beim Atmen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
14	Kurzatmigkeit / Atemnot in Ruhe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
15	Kurzatmigkeit / Atemnot bei Belastung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
IV Herz-Kreislauf				
16	Engegefühl in der Brust	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
17	Atemunabhängige Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
18	Herzpochen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
19	Herzrasen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
20	Bewusstseinsverlust und/oder Blackout	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
V Magen-Darm-Trakt				
21	Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
22	Übelkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
23	Erbrechen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
24	Durchfall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
25	Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
26	Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
VI Muskel-Gelenke-Nervensystem				
27	Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
28	Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
29	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
30	Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
31	Benommenheit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
32	Schwindel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
33	Taubheitsgefühl und/ oder Kribbeln	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
VII Haut				
34	Hautausschlag	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
35	„COVID-Zehen“ (violett, rosa, bläulich)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
VIII	Weitere Symptome	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht

Nachname:

Vornamen:

Ausfülldatum:

12. Wie wurden die akuten Symptome in den ersten 4 Wochen nach dem (vermutlich) auslösenden Ereignis behandelt?			
Zuhause ohne Arzt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Ambulant	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Normalstation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Intensivstation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht

13. Wie war der weitere Verlauf seit dem (vermutlich) auslösenden Ereignis?			
Wechsel zwischen Phasen scheinbarer Erholung und zurückkehrenden Symptomen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Neue Symptome nach anfänglicher vollständiger Erholung Falls ja: Wochen ohne Beschwerden: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Sind in den ersten 12 Wochen nach dem Ereignis anstrengende (sportliche) Aktivitäten erfolgt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht

14. Wurde seit dem (vermutlich) auslösenden Ereignis eine der folgenden Diagnosen gestellt?			
<input type="checkbox"/> Herzmuskelentzündung	<input type="checkbox"/> Ja, am	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
<input type="checkbox"/> Herzbeutelentzündung / -erguss	<input type="checkbox"/> Ja, am	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Ja, am	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
<input type="checkbox"/> Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> Ja, am	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
<input type="checkbox"/> Ateminsuffizienz	<input type="checkbox"/> Ja, am	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
<input type="checkbox"/> Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Ja, am	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja, am	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
<input type="checkbox"/> Nierenprobleme	<input type="checkbox"/> Ja, am	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
<input type="checkbox"/> Darmeinstülpung	<input type="checkbox"/> Ja, am	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
<input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1	<input type="checkbox"/> Ja, am	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
<input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2	<input type="checkbox"/> Ja, am	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
<input type="checkbox"/> Pädiatrisches Inflammatorisches Multiorgan-Syndrom (PIMS) / Multisystemisches Entzündungssyndrom bei Kindern (MIS-C)	<input type="checkbox"/> Ja, am	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Falls ja: Wie war der weitere Krankheitsverlauf des PIMS/MIS-C?			
<input type="checkbox"/> Unverändert seit der Diagnosestellung			
<input type="checkbox"/> Wechsel zwischen Phasen scheinbarer Erholung und zurückkehrenden Symptomen			
<input type="checkbox"/> Beschwerdefreies Intervall nach dem PIMS / MIS-C, dann erneut Symptome			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja, am	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja, am	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht

15. Sind Unverträglichkeiten/ Allergien bekannt?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht	
Falls Ja, folgende Allergene:			
16. Ist eine der Unverträglichkeiten/ Allergien erstmals nach dem auslösenden Ereignis aufgetreten?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht	
Diagnostisch gesichert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt			

Nachname:

Vornamen:

Ausfülldatum:

17. Sind Erkrankungen bekannt, die bereits vor dem auslösenden Ereignis bestanden? (z.B. Diabetes mellitus, Asthma, Migräne)

Ja Nein

Vorerkrankung	Bekannt seit	Unverändert	Besser	Schlechter	Wieder aufgetreten	Ärztlicher Vermerk
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

18. Besteht einer der nachfolgend genannten Hinweise auf eine ungewöhnliche Infektionsanfälligkeit?

Ja (bitte genauer angeben) Nein Weiß nicht

Wiederkehrende Infektionen an der gleichen Stelle	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Ort:			
Zwei oder mehr Antibiotikabehandlungen pro Jahr	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Stationäre Behandlung wegen Infektion	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Mehr als viermal im Jahr Lippenherpes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Mindestens einmal Genitalherpes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Mindestens einmal Herpes zoster	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht

19. Wird eine oder mehrere der folgenden Substanzen konsumiert?

Alkohol	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Nikotin	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Cannabis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht

Weitere Substanzen:

20. Welche der folgenden Krankheiten sind bei Familienmitgliedern (Eltern, Geschwistern, Großeltern, Kinder) bekannt?

Long COVID/ Post-COVID-Syndrom	<input type="checkbox"/> Ja, bei:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Chronisches Fatigue Syndrom (ME/CFS)	<input type="checkbox"/> Ja, bei:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Durchgemachtes Pfeiffersches Drüsenfieber	<input type="checkbox"/> Ja, bei:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Erbkrankheiten (z.B. Mukoviszidose, Faktor-V-Leiden-Mutation)	<input type="checkbox"/> Ja, bei:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Autoimmunerkrankungen (z.B. M. Crohn, Multiple Sklerose, Diabetes Typ 1)	<input type="checkbox"/> Ja, bei:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja, bei:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Angeborene Immundefekte (z.B. Immunglobulinmangel)	<input type="checkbox"/> Ja, bei:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Psychische Erkrankungen (z.B. Depression)	<input type="checkbox"/> Ja, bei:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht
Weitere:	<input type="checkbox"/> Ja, bei:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß nicht

Nachname:

Vornamen:

Ausfülldatum:

21. Welches ist der bislang <u>höchste Bildungsabschluss</u>			
<input type="checkbox"/> kein Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Mittelschul-/Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/> Realschulabschluss/Mittlere Reife	
<input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur	<input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> abgeschlossenes Hochschulstudium	
<input type="checkbox"/> Akademische Grad	<input type="checkbox"/> anderer:		
22. Was ist die <u>derzeitige Ausbildung/ Tätigkeit?</u>			
<input type="checkbox"/> Schulische Ausbildung	<input type="checkbox"/> Grundschule	<input type="checkbox"/> Mittelschule	<input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Gymnasium
	<input type="checkbox"/> Förderschule	<input type="checkbox"/> FOS/BOS	<input type="checkbox"/> Gesamtschule <input type="checkbox"/> andere:
<input type="checkbox"/> Berufliche Ausbildung	<input type="checkbox"/> Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> Universitätsstudium	<input type="checkbox"/> Hochschulstudium
	<input type="checkbox"/> andere:		
<input type="checkbox"/> Berufliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Arbeit in Vollzeit als: _____		
	<input type="checkbox"/> Arbeit in Teilzeit als: _____		
<input type="checkbox"/> Keine Tätigkeit		<input type="checkbox"/> Andere Tätigkeit:	
23. Ist die <u>derzeitige Ausbildung/ Tätigkeit krankheitsbedingt eingeschränkt?</u>			
<input type="checkbox"/> volle Teilhabe	<input type="checkbox"/> reduziert: Teilhabe > 50 %	<input type="checkbox"/> reduziert: Teilhabe < 50 %	<input type="checkbox"/> Keine Teilhabe
24. Erfolgte seit dem Beginn aktuellen Beschwerden eine <u>häusliche Unterstützung?</u>			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> durch soziales Umfeld	<input type="checkbox"/> durch Pflegedienst	
25. Erfolgte <u>krankheitsbedingt eine Unterstützung in/an Schule, Ausbildung, Arbeitsplatz?</u>			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Nachteilsausgleich	<input type="checkbox"/> Sonderregeln	<input type="checkbox"/> Onlineunterricht <input type="checkbox"/> andere:
26. Wurde oder wird <u>aktuell Leistungssport betrieben (Training an 5 oder mehr Tagen pro Woche)</u>			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, früher	<input type="checkbox"/> ja, aktuell	

27. Wurden seit dem (vermutlich) auslösenden Ereignis folgende <u>Untersuchungen durchgeführt?</u>		
Untersuchung	Datum	Auffälligkeiten durch Arzt/Ärztin dokumentieren
<input type="checkbox"/> Lungenfunktionstest (Spirometrie)		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
<input type="checkbox"/> Bodyplethysmographie		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
<input type="checkbox"/> 6-Min. Gehstest <input type="checkbox"/> Laufband <input type="checkbox"/> Flur		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
<input type="checkbox"/> Elektrokardiogramm (EKG)		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
<input type="checkbox"/> Echokardiogramm (ECHO)		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
<input type="checkbox"/> Spiroergometrie		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
<input type="checkbox"/> 10 Minuten-Stehtest		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
<input type="checkbox"/> Schädel-MRT <input type="checkbox"/> Angiosequenz <input type="checkbox"/> Kontrastmittel		<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
<input type="checkbox"/> Sonographie Abdomen		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
<input type="checkbox"/> Riechtest		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
<input type="checkbox"/> Elektroenzephalogramm (EEG)		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
<input type="checkbox"/> Neurologisches Konsil		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
<input type="checkbox"/> Augenärztliches Konsil		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
<input type="checkbox"/> HNO-ärztliches Konsil		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
<input type="checkbox"/> Psychologisches Konsil		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
<input type="checkbox"/> Psychiatrisches Konsil		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
<input type="checkbox"/> Rheumatologisches Konsil		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:

Nachname:

Vornamen:

Ausfülldatum:

28. Erfolgte seit dem Beginn der aktuellen Beschwerden eine der nachfolgend genannten oder anderen Anbindungen/ Behandlungen?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte genauer angeben)			
Anbindung/Behandlung	Veränderung der Beschwerden	Erfolgt derzeit?	Wie oft und seit wann?
<input type="checkbox"/> Hausarztpraxis	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit:
<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendarztpraxis	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit:
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit:
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit:
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit:
<input type="checkbox"/> Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit:
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit:
<input type="checkbox"/> Palliativmedizin	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit:
<input type="checkbox"/> Osteopathie	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit:
<input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit:
<input type="checkbox"/> Praxis für Naturheilverfahren	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit:
<input type="checkbox"/> Biofeedback	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit:
<input type="checkbox"/> Chiropraktiker/in	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit:

Nachname:

Vornamen:

Ausfülldatum:

Anbindung/Behandlung	Veränderung der Beschwerden	Erfolgt derzeit?	Wie oft und seit wann?
<input type="checkbox"/> Trad. Chinesische Medizin	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit:
<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit:
<input type="checkbox"/> Biofeedback	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit:
<input type="checkbox"/> Apherese	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit:
<input type="checkbox"/> Immunadsorption	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Seit:

Nachname:

Vornamen:

Ausfülldatum:

29. Wurden seit Beginn der aktuellen Beschwerden oder wegen anderen Erkrankungen verschreibungspflichtige Medikamente eingenommen?				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte genauer angeben)				
Medikament	Veränderung der Beschwerden	Aktuelle Einnahme	Art der Einnahme	Dosierung (mg/Tag)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> bei Bedarf	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> bei Bedarf	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> bei Bedarf	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> bei Bedarf	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> bei Bedarf	
<input type="checkbox"/> Midodrin	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> bei Bedarf	
<input type="checkbox"/> Ivabradin	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> bei Bedarf	
<input type="checkbox"/> Pyridostigmin	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> bei Bedarf	
<input type="checkbox"/> Low-dose-Naltrexon	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> bei Bedarf	
<input type="checkbox"/> Low-dose-Aripiprazol	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> bei Bedarf	
<input type="checkbox"/> Paxlovid (Nirmatrelvir/Ritonavir)	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> bei Bedarf	
<input type="checkbox"/> Metformin	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> bei Bedarf	
<input type="checkbox"/> Statine	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> bei Bedarf	

Nachname:

Vornamen:

Ausfülldatum:

30. Wurden seit Beginn der aktuellen Beschwerden nachfolgend genannte oder weitere <u>Hilfsmittel</u> eingesetzt?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte genauer angeben)		
Hilfsmittel	Veränderung der Beschwerden	Aktuelle verwendet
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Leibbandage	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Schallschutz	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> TENS-Gerät	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Pulsuhr	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Nachname:

Vornamen:

Ausfülldatum:

31. Wurden seit Beginn der aktuellen Beschwerden <u>Verhaltensmaßnahmen</u> (Selbstmanagement) ergriffen?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte genauer angeben)		
Maßnahme	Veränderung der Beschwerden	Aktuelle angewendet
<input type="checkbox"/> Pacing	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Entspannungsübungen	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Atemübungen	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Schlafhygiene	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Kreislaufübungen	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sehr hilfreich <input type="checkbox"/> ein bisschen hilfreich <input type="checkbox"/> weder hilfreich, noch schädlich <input type="checkbox"/> ein bisschen schädlich <input type="checkbox"/> sehr schädlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

32. Wurde wegen der aktuellen Beschwerden ein <u>Grad der Behinderung</u> und/oder ein <u>Pflegegrad</u> beantragt und genehmigt?				
Grad der Behinderung			Datum:	
- Beantragt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgender Grad:		<input type="checkbox"/> Weiß nicht
- Genehmigt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgender Grad:		
Pflegegrad			Datum	
- Beantragt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgender Grad:		<input type="checkbox"/> Weiß nicht
- Genehmigt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgender Grad:		

33. Findet oder fand eine Teilnahme an einer weiteren <u>Post-COVID- oder ME/CFS-Studie</u> statt?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte genauer angeben)		
Name der Studie	Studienzentrum	Die Studie läuft derzeit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein