



## Anamnesebogen/Fragebogen Long-Covid-Syndrom

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie haben in der Vergangenheit eine COVID-19-Erkrankung überstanden. Oft bleiben nach der Genesung von COVID-19 Leistungseinschränkungen bestehen, die Sie nicht unbedingt der COVID-19-Erkrankung zuordnen können. Bitte beantworten Sie daher kurz die folgenden Fragen. Die Fragen beziehen sich auf Ihre COVID-19-Erkrankung sowie auf typische Einschränkungen nach der Erkrankung.

1) Haben Sie eine COVID-19-Infektion gehabt?

ja  nein  ich weiß nicht

2) Wie war der Verlauf der akuten Phase der COVID-19-Infektion?

---

---

---

---

3) Welche Symptome hatten Sie während Ihrer akuten COVID-19-Erkrankung?

---

---

---

---

4) Haben sich die akuten Symptome nach Ihrer Erkrankung verbessert oder verschlechtert?

verbessert  verschlechtert  gleichbleibend



5) Welche Symptome sind nach der Genesung geblieben oder sind neue Symptome hinzugekommen?

---

---

---

6) Welche körperlichen Beschwerden haben Sie seit Ihrer COVID-19-Infektion bemerkt (z.B. Müdigkeit, Atembeschwerden, Muskel- oder Gelenkschmerzen)?

---

---

---

7) Haben Sie anhaltende Probleme mit Ihren Geruchs- oder Geschmackssinn?

ja  nein  gelegentlich

8) Leiden Sie an anhaltenden neurologischen Symptomen wie Kopfschmerz, Schwindel, Konzentrationsschwächen oder Gedächtnisproblemen?

ja  nein  gelegentlich

9) Haben Sie Probleme mit Schlafstörungen oder unruhigem Schlaf?

immer  meistens  häufig  manchmal  selten  nie

10) Haben Sie Magen-Darm-Probleme oder Verdauungsstörungen?

immer  meistens  häufig  manchmal  selten  nie

11) Haben Sie Herzprobleme oder anhaltende Herzsymptome wie Herzklopfen oder Brustschmerzen?

immer  meistens  häufig  manchmal  selten  nie

12) Leiden Sie an anhaltender Atemnot oder anderen Atembeschwerden?

immer  meistens  häufig  manchmal  selten  nie



13) Haben Sie Hautprobleme oder andere dermatologische Symptome?

immer  meistens  häufig  manchmal  selten  nie

14) Haben Sie psychologische Symptome wie Angst, Depressionen oder Stimmungsschwankungen bemerkt?

immer  meistens  häufig  manchmal  selten  nie

14) Haben Sie Probleme mit der körperlichen Belastbarkeit oder Müdigkeit bei geringer Anstrengung?

immer  meistens  häufig  manchmal  selten  nie

15) Ich bin eingeschränkt bei

anstrengenden Sportarten oder schwerer Arbeit?

nein  etwas eingeschränkt  stark eingeschränkt

Hausarbeit wie Staubsaugen, Kochen oder Gartenarbeit?

nein  etwas eingeschränkt  stark eingeschränkt

leichten sportlichen Tätigkeiten wie Yoga, Golf oder Kegeln?

nein  etwas eingeschränkt  stark eingeschränkt

dem Hinaufsteigen von mehreren Stufen oder Etagen?

nein  etwas eingeschränkt  stark eingeschränkt

der dauerhaften Konzentration bei Arbeit/Studium/Schule?

nein  etwas eingeschränkt  stark eingeschränkt

Körperpflege und Anziehen?

nein  etwas eingeschränkt  stark eingeschränkt

16) Haben Sie Schmerzen, wenn ja wie oft?

immer  meistens  häufig  manchmal  selten  nie



17) Wie stark ist/war der Schmerz auf einer Skala von 1 bis 10?

0-2  3-4  5-7  8-10

18) Wie haben die Symptome Ihr normales Leben beeinflusst?

Arbeitsleben

extrem  sehr  ziemlich  moderat  etwas  gar nicht

Privatleben

extrem  sehr  ziemlich  moderat  etwas  gar nicht

19) Haben Sie sich medizinischer Behandlungen oder Therapien unterzogen, um Ihre anhaltenden Symptome zu bewältigen?

---

---

---

---

20) Wie beeinflussen die anhaltenden Symptome Ihre Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und täglichen Aktivitäten?

---

---

---

---

Mussten Sie ihr Arbeitspensum reduzieren?

nein  etwas  gar nicht



21) Sind Sie

voller Energie?

ja  nein

freudlos und niedergeschlagen?

ja  nein

ruhig, friedlich und ausgeglichen?

ja  nein

ein glücklicher Mensch?

ja  nein

müde?

ja  nein

22) Hat Ihre Gesundheit Auswirkungen auf Ihre sozialen Aktivitäten?

immer  meistens  häufig  manchmal  selten  nie