

Vorname / Familienname	
Geburtsdatum	
E-Mail	
Größe	
Gewicht	
Rauchen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Alkohol	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Drogen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Berufliche Situation	Berufstätig <input type="checkbox"/> Rentenantrag gestellt <input type="checkbox"/> Berentet <input type="checkbox"/>

Angaben zum Krankheitsverlauf

1. COVID-Infektion

Datum der 1. COVID-Infektion: _____

- asymptomatisch
- symptomatisch, Therapie zu Hause oder ambulant
- symptomatisch, stationäre Therapie ohne Intensivaufnahme von __/__/__/ bis __/__/__/
- symptomatisch, stationäre Therapie mit Intensivaufnahme von __/__/__/ bis __/__/__/

PCR-Nachweis vorhanden?

- Ja, vom _____
- Nein

Evtl. 2. COVID-Infektion

Evtl. Datum der 2. COVID-Infektion: _____

- asymptomatisch
- symptomatisch, Therapie zu Hause oder ambulant
- symptomatisch, stationäre Therapie ohne Intensivaufnahme von __/__/__/ bis __/__/__/
- symptomatisch, stationäre Therapie mit Intensivaufnahme von __/__/__/ bis __/__/__/

PCR-Nachweis vorhanden?

- Ja, vom _____
- Nein

Aktuelle Krankschreibung?

- Ja, seit _____
- Nein

Angaben zur Impfung

Erhaltene Impfung(en) **vor** der COVID-Infektion:

Impfstoff	Datum der Impfung

Erhaltene Impfung(en) **nach** der COVID-Infektion:

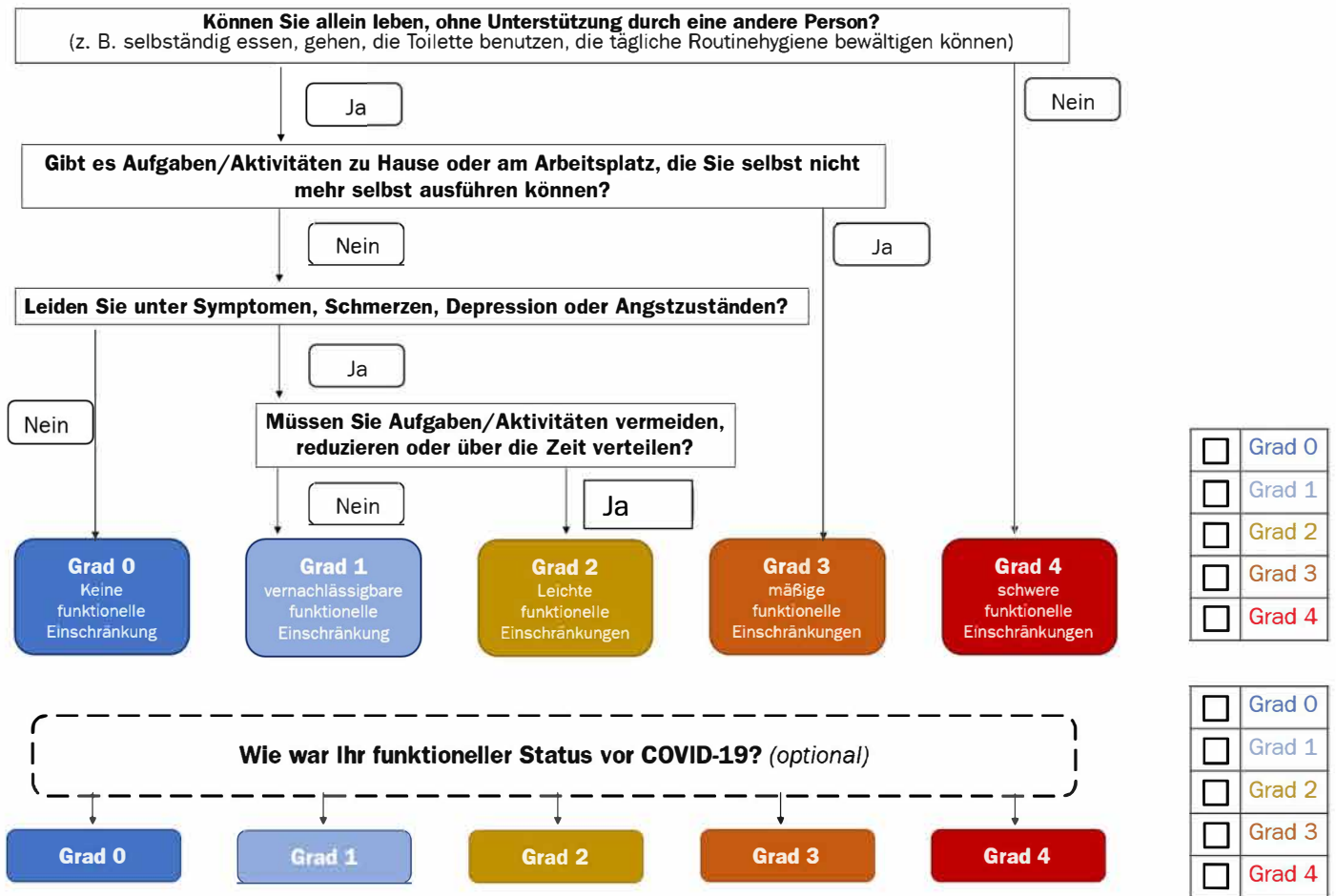
Impfstoff	Datum der Impfung

Angaben zum aktuellen Beschwerdebild

(bitte kreuzen Sie die zutreffenden Symptome an und geben Sie jeweils das Datum des Beginns an):

	Symptom	Seit wann?
<input type="checkbox"/>	Müdigkeit	
<input type="checkbox"/>	Fieber	
<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	
<input type="checkbox"/>	Husten/Auswurf	
<input type="checkbox"/>	Atemprobleme/Kurzatmigkeit	
<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Beschwerden, einschl. Stuhlnregelmäßigkeiten	
<input type="checkbox"/>	Geschmacksverlust	
<input type="checkbox"/>	Geruchsverlust	
<input type="checkbox"/>	Herzunregelmäßigkeiten	
<input type="checkbox"/>	Depression	
<input type="checkbox"/>	Angstzustände	
<input type="checkbox"/>	Konzentrationsschwierigkeiten	
<input type="checkbox"/>	Schwindel	
<input type="checkbox"/>	Gelenkschmerzen/Muskelschmerzen	
<input type="checkbox"/>	Hauterscheinungen	
<input type="checkbox"/>	Haarausfall „neu“ oder deutlich mehr	
<input type="checkbox"/>	Trockene, gerötete Augen, Sehstörungen	
<input type="checkbox"/>	Müdigkeit/Abgeschlagenheit	
<input type="checkbox"/>	Verschlechterung der Beschwerden nach geringfügiger körperlicher und/oder geistiger Anstrengung	
<input type="checkbox"/>	Infektneigung	
<input type="checkbox"/>	Andere: _____	
<input type="checkbox"/>	Andere: _____	

Selbsteinschätzung des funktionellen Status durch die/den Patientin/Patienten (bitte zutreffenden Grad angeben)
 (Klok et al., 2020)



Vielen Dank für Ihre Hilfe!
 Ihr Team des Post-COVID-Zentrum am Uniklinikum Erlangen