Für Haus Neukirchen:

Spezialklinik Neukirchen
Stationäre Terminvereinbarung
Krankenhausstr. 9
93453 Neukirchen b. Hl. Blut
Deutschland

Schicken Sie uns bitte der ausgefüllte Fragebogen, mitsamt Kopien relevanter Befunde oder ärztlicher Berichte per Postweg an eine der beiden Anschriften. Vielen Dank!

Für Haus Rötz:

Spezialklinik Neukirchen, Haus Rötz
Stationäre Terminvereinbarung
Neuburgerstr. 7
92444 Rötz
Deutschland

SPEZIALKLINIK NEUKIRCHEN
AKUTKLINIK ZUR BEHANDLUNG VON ALLERGIEN, HAUT- UND UMWELTERKRANKUNGEN
ÄRZTLICHER DIREKTOR: DR. MED. (IMF) L. RESSLER-ANTAL · WISS. LEITUNG: DR. JOHN G. IONESCU

Medizinischer Fragebogen für Long-COVID / Post-COVID Patienten

Ausgefüllt am: _____

Tipp: Sie können die Tabulatortaste verwenden, um sich zwischen den Feldern zu bewegen

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ◯ männlich ◯ weiblich ◯ divers

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Familienstand: _____ Krankenkasse: _____

Körpergröße (cm): _____ Körpergewicht (kg): _____

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus: _____

❑ krankgeschrieben ❑ arbeitslos ❑ Schüler/Student

Können Sie sich selber versorgen (alleine anziehen, duschen, essen gehen?)

◯ ja ◯ nein

COVID-Anamnese

Haben Sie eine SARS-CoV-2 **Infektion (COVID-19)** durchgemacht? ◯ ja ◯ nein

Falls „ja“, wann (ggf. mehrere Daten, falls zutreffend): _____

Wurden Sie gegen SARS-CoV-2 **geimpft**? ◯ ja ◯ nein

Falls „ja“, wann und mit welchen Mitteln (mehrere Daten, falls zutreffend):

Datum	Impfstoff

Vorerkrankungen

Haben Sie vor der COVID-19 bzw. SARS-CoV-2 Impfung an eine chronische Erkrankung gelitten?
Falls „ja“, an welche:

Haben sich die Symptome Ihrer früheren Erkrankung
❑ nach der COVID-19 bzw.
❑ nach SARS-CoV-2 Impfung
verschlechtert?

◯ ja ◯ nein

Nach der
❑ SARS-CoV-2 Infektion
❑ SARS-CoV-2 Impfung
wurde bei Ihnen eine Autoimmunerkrankung diagnostiziert?

◯ ja ◯ nein

Falls „ja“, wann und welche:

Symptomatologie

Unter welchen der folgenden Symptome bzw. klinischen Zeichen leiden Sie **nach** der SARS-CoV-2 Infektion bzw. **nach** der Impfung?

Atemwege

	Schwach	Mäßig	Schwer	Gelegentlich	Häufig	Ständig
Kurzatmigkeit in Ruhe (Dyspnoe)						
Kurzatmigkeit bei Anstrengung						
Pulmonale Fibrose						
Husten						
Kehlkopfschmerzen						
Erhöhte Schleimproduktion mit viel Auswurf						
Schlafapnoe (Atemaussetzer während des Schlafs)						
Erniedrigte O2 Sättigung						

Nervensystem

Abnorme Müdigkeit						
Kopfschmerzen						
Schweißausbrüche						
Aufmerksamkeitsstörung						
Gedächtnisverlust / -störungen						
Gehörverlust oder Tinnitus						
Angstzustände						
Depressionen						
Chronische Schmerzen						
Schlafstörungen						
Stimmungsschwankungen						

	Schwach	Mäßig	Schwer	Gelegentlich	Häufig	Ständig
Herz- und Kreislaufsystem						
Herzrhythmusstörungen						
Erhöhte Herzfrequenz in Ruhe						
Erhöhter Blutdruck						
Niedriger Blutdruck						
Myokarditis (Zustand nach)						
Herzinfarkt (Zustand nach)						
Herzklopfen						
Engegefühl in der Brust						
Unregelmäßige Gesichtsröte						
Gliedmaßen-Ödeme (Wasseransammlungen)						
Chronisch kalte Extremitäten						
Nierenversagen						
Schwindel						
Schlaganfall (Zustand nach)						
Sinnesorgane						
Geschmacksstörung						
Riechverlust / -störung						
Immunsystem						
Rezidivierende Infekte						
Intermittierendes Fieber						
Schüttelfrost						
Haut						
Haarausfall						
Hautveränderungen						

	Schwach	Mäßig	Schwer	Gelegentlich	Häufig	Ständig
Muskeln, Glieder, Gelenke						
Gelenk-/ Muskelschmerzen						
Verdauungstrakt						
Verdauungsstörungen						
Übelkeit oder Erbrechen						
Nahrungsmittelintoleranzen						
Stoffwechsel						
Gewichtsverlust						
Diabetes Typ-1 oder Typ-2						

Unterschrift