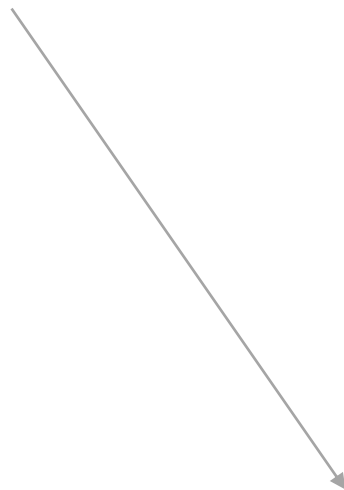


**Für Haus Neukirchen:**

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  
Neunburgerstr. 7  
92444 Rötz  
Deutschland



## 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?

Schwach	Mäßig	Schwer
---------	-------	--------

Gelegentlich	Häufig	Ständig
--------------	--------	---------

### Atemwege

Kurzatmigkeit in Ruhe (Dyspnoe)			
Kurzatmigkeit bei Anstrengung			
Pulmonale Fibrose			
Husten			
Kehlkopfschmerzen			
Erhöhte Schleimproduktion mit viel Auswurf			
Schlafapnoe (Atemaussetzer während des Schlafs)			
Erniedrigte O <sub>2</sub> 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