



Operationen (bitte mit Datum angeben):	
Augenoperationen:	
1. Coronaimpfung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja	
Datum:	
Impfstoff:	
2. Coronaimpfung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja	
Datum:	
Impfstoff:	
3. Coronaimpfung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja	
Datum:	
Impfstoff:	
Letzte Influenzaimpfung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja	
Datum:	

3. Auslösendes Ereignis

Die Symptome traten nach folgendem Ereignis auf:

Bitte ankreuzen!

<input type="checkbox"/> Covid-19 Infektion	→ weiter bei 3A
<input type="checkbox"/> sonstige Infektion	→ weiter bei 3B
<input type="checkbox"/> Sonstiges	→ weiter bei 3C



3A) Akute Covid-19-Infektion:

Wann waren Sie erkrankt?	Von:	Bis:
Bestätigt durch PCR?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja: Datum (1. Positiver Test):		
Datum (1. Negativer Test nach Infektion):		
Waren Sie in Quarantäne?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja:	Von:	Bis:
Mussten Sie im Krankenhaus behandelt werden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja:	Von:	Bis:
Mussten Sie auf der Intensivstation behandelt werden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja:	Von:	Bis:
Waren Sie in einer Rehaklinik?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja:	Von:	Bis:

➔ Bitte machen Sie weiter bei 4)

3B) sonstige Infektionen:

Welche Infektion hatten Sie?	
Wann waren Sie erkrankt?	Von: Bis:



Wurde die Erkrankung durch einen Test bestätigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, Datum:		
Mussten Sie im Krankenhaus behandelt werden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja:	Von:	Bis:
Mussten Sie auf der Intensivstation behandelt werden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja:	Von:	Bis:
Waren Sie in einer Rehaklinik?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja:	Von:	Bis:

➔ Bitte machen Sie weiter bei 4)

3C) Sonstiges:

Was war das auslösende Ereignis?		
Wann war das Ereignis?		
Mussten Sie im Krankenhaus behandelt werden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja:	Von:	Bis:
Mussten Sie auf der Intensivstation behandelt werden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja:	Von:	Bis:
Waren Sie in einer Rehaklinik?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja:	Von:	Bis:

➔ Bitte machen Sie weiter bei 4)



4) Akutphase

Der folgende Abschnitt bezieht sich vor Allem auf die 4 Wochen nach dem auslösenden Ereignis.

Welche Symptome sind aufgetreten?

Welche Symptome sind
verschwunden und wann?



Welche Symptome sind geblieben
und gab es Verschlechterungen?

5) Symptome

Der folgende Abschnitt bezieht sich auf die Zeit 4 Wochen nach der
Akutinfektion.

Gab es ein Symptomfrei Phase zwischen Akutinfektion und Ihren aktuellen Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis:
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		
Welches Symptom trat zuerst auf?		
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		

Haben oder Hatten Sie...

„Brain-Fog“? (Sie können keinen klaren Gedanken fassen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		



Konzentrationsprobleme?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		
Erhöhte Müdigkeit/ Fatigue?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		
Eine verlängerte Regenerationszeit nach Anstrengung jeglicher Art?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		
Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		
Gelenkschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		
Muskelschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		



POTS/ schnell schlagendes Herz nach einem Lagerungswechsel (z.B. Aufstehen vom Bett)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		
Schwindel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		
Verändertes Empfinden Extremitäten (Kribbeln, Ameisenlaufen, Stechen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		
Häufiger kalte Hände oder Füße?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		
Haarausfall?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		
Atemprobleme?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		



Gehäuft Durchfall?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		
Vermeehrt Obstipation/ Verstopfungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		
Neue Nahrungsunverträglichkeiten entwickelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		
Geruchsverlust?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		
Geschmacksverlust?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		
Koordinations- /Bewegungsstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		



Probleme mit hellem Licht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		
Vermeehrt Probleme mit Reizüberflutung? (z.B. Lärm)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		
Probleme mit dem Sehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		
Probleme beim Schlafen? (Durchschlafstörungen/ Einschlafstörungen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von: Bis: <input type="checkbox"/> andauernd
<i>Anmerkung (z.B. Verlauf, Stärke des Symptoms etc.):</i>		

6) Therapie:

Medikamente vor auslösendem Ereignis:



Medikamente nach dem auslösenden Ereignis und Verlauf der Medikation:

Aktuelle Medikation:

Sonstige Therapieversuche:

Bitte hängen Sie, wenn vorhanden folgende Befunde an:

- EKG
- Herz-Echographie
- Lungenfunktionsdiagnostik
- Lungendiffusionsdiagnostik