



Fragebogen

Persönliche Angaben

Name: Geburtsdatum:

Vorname: Datum:

- Long-Covid ME/CFS weitere Ursachen

Kanadische Kriterien

Erschöpfung/Fatigue

- | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neu aufgetretene, nicht anders erklärbare, kognitive oder körperliche Erschöpfung, welche zur Reduktion der körperlichen Aktivität führt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verstärkung der Symptomatik nach Belastung nach einer Latenzzeit (<u>PEM</u>) mit einer verzögerten Erholungsphase |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verstärkung der Symptomatik durch jegliche Art mentaler oder körperlicher Belastung |

Schlafstörungen

- | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Einschlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durchschlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verlängerter Schlaf |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Veränderter Tag-Nacht-Rhythmus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaf führt zu keiner Erholung |

Schmerzen

- | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gelenkschmerzen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonstige: |

Kognitive Symptome

- | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beeinträchtigung der Konzentrations- und Merkfähigkeit, des Kurzzeitgedächtnisses |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wahrnehmungs- und Sinnesstörung (Licht-, Lärm-, Vibration-, Geruch-, Geschmack- und Berührungsempfindlichkeit) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verwirrtheit, Desorientierung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bewegungskoordinationsstörung, Muskelschwäche, -zuckungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesestörung, Wortfindungsstörung, Störungen der Informationsverarbeitung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zu viele Sinneseindrücke führen zu Überbelastung |

Physische Symptome

Autonome Störung

- | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schwindel bei schnellen Lagewechsel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzrasen/Tachykardie nach Aufstehen aus sitzender/liegender Position (posturales Tachykardiesyndrom) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schwindel und Benommenheit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ausgeprägte Blässe |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Störungen der Darmmotilität (Schmerzen, Brennen, Blähungen, Übelkeit, Reizdarmsyndrom) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blasenfunktionsstörungen (Harndrang, -häufigkeit) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vasomotorische Instabilität |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Belastungsdyspnoe (Atemnot bei normaler körperlicher Belastung) |

Neuroendokrine Störung

- | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Störung der Anpassung der Körpertemperatur |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erhöhte Sensibilität gegenüber Kälte oder Wärme |



- | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Appetitsteigerung oder -verlust, Gewichtszunahme oder -abnahme |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Niedrige Blutzuckerspiegel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stressintoleranz |

Immunologische Störung

- | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schmerzhafte Lymphknoten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wiederkehrende Halsschmerzen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neu auftretende Allergien oder Veränderung bereits bestehender Allergien |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allgemeines Krankheitsgefühl |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anfälligkeit für Virusinfektionen mit verlängerten Erholungszeiten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Überempfindlichkeit oder Unverträglichkeit von Medikamenten und/oder Chemikalien |

Aus:

- Myalgic Encephalomyelitis/ Chronic Fatigue Syndrome: Clinical Working Case Definition, Diagnostic and Treatment Protocols Bruce M. Carruthers et. al
- Myalgic encephalomyelitis: International Consensus Criteria B. M. Carruthers et. al



Bell Skala

- 100 Keine Symptome in Ruhe und bei körperlicher Belastung
Normal aktiv
Betroffene können ohne Probleme Vollzeit arbeiten
- 90 Keine Symptome in Ruhe
Leichte Symptome bei körperlicher oder mentaler Belastung
Normal aktiv
Betroffene können ohne Probleme Vollzeit arbeiten
- 80 Leichte Symptome in Ruhe, verstärkt durch Belastung
Leistungseinschränkung durch belastende Tätigkeiten
Vollzeit arbeiten möglich mit Kraftanstrengung
- 70 Leichte Symptome in Ruhe
Deutliche Einschränkung bei Aktivitäten des täglichen Lebens
Funktioneller Zustand bei ca. 90% von Norm
Vollzeit arbeiten möglich mit Kraftanstrengung
- 60 Leichte Symptome in Ruhe
Funktioneller Zustand bei ca. 70–90% der Norm
Vollzeit arbeiten nur möglich bei leichten Arbeiten und flexiblen Arbeitszeiten
- 50 Mittelschwere Symptome in Ruhe
Mittelschwere bis schwere Symptome bei körperlicher Belastung und Aktivität
Funktioneller Zustand bei ca. 70% der Norm
4–5 Stunden Schreibtischarbeit nur mit Ruhepausen möglich
- 40 Mittelschwere Symptome in Ruhe
Mittelschwere bis schwere Symptome bei körperlicher Belastung und Aktivität
Funktioneller Zustand bei ca. 50–70% der Norm
3–4 Stunden Schreibtischarbeit nur mit Ruhepausen möglich
- 30 Mittelschwere bis schwere Symptome in Ruhe
Schwere Symptome bei Belastung und Aktivität
Funktioneller Zustand bei ca. 50% der Norm
Betroffenen bleiben i.d.R. zu Hause
2–3 Stunden Schreibtischarbeit nur mit Ruhepausen möglich
- 20 Mittelschwere bis schwere Symptome in Ruhe
Schwere Symptome bei Belastung und Aktivität
Funktioneller Zustand bei ca. 30–50% der Norm
Nur selten in der Lage, das Haus zu verlassen
Meiste Zeit im Bett
Nur ca. 1 Stunde konzentrieren möglich
- 10 Schwere Symptome in Ruhe
Bettlägerig
Das Haus kann nicht verlassen werden
Starke kognitive Einschränkungen, daher Konzentration eingeschränkt
- 0 Immer schwere Symptome in Ruhe
Bettlägerig
Selbst zu kleinen Pflegemaßnahmen nicht in der Lage



Chalder Fatigue Scale

	Weniger als üblich	Nicht mehr als üblich	Mehr als üblich	Sehr viel mehr als üblich
1. Ist Müdigkeit ein Problem für Sie?	0	1	2	3
2. Müssen Sie öfter ausruhen?	0	1	2	3
3. Fühlen Sie sich müde oder schläfrig?	0	1	2	3
4. Haben Sie Schwierigkeiten, Dinge in Angriff zu nehmen?	0	1	2	3
5. Mangelt es Ihnen an Energie?	0	1	2	3
6. Haben Sie weniger Kraft in Ihren Muskeln?	0	1	2	3
7. Fühlen Sie sich schwach?	0	1	2	3
8. Fällt es Ihnen schwer, sich zu konzentrieren?	0	1	2	3
9. Passieren Ihnen Versprecher beim Reden?	0	1	2	3
10. Fällt es Ihnen schwer, klar zu denken?	0	1	2	3
	Besser als üblich	Nicht schlechter als üblich	Schlec hter als üblich	Sehr viel schlechter als üblich
11. Wie ist Ihr Gedächtnis?	0	1	2	3

Gesamtergebnis:

Auswertung: 0-1=1; 2-3=1; mehr als oder gleich 4 Punkte = ‚signifikante Fatigue‘