

Fragebogen zur Erstvorstellung in unserer Post-Covid-19-Sprechstunde

Sehr geehrte Patient:innen,

eine vor Monaten oder auch schon vor über einem Jahr zurückliegende Erkrankung mit dem COVID-19 Virus - selbst bei einem leichten Verlauf in der Akutphase- hat Ihr privates und berufliches SEIN aus den Angeln gehoben. Nichts ist mehr wie zuvor.

Das Selbstverständnis eines gesunden, kraftvollen Körpers, der den Alltag mühelos bewältigt, scheint Geschichte zu sein.

Es sind schon einige Untersuchungen und Therapien gemacht worden- zum Teil sind auch schon kleine Schritte auf dem Weg der Besserung erkenn- und fühlbar, und trotzdem: noch sind Sie weit entfernt von dem Menschen, der Sie vor dem Infekt waren.

Da jeder, der sich in unserer Post-Covidambulanz vorstellt, eine andere Geschichte aus Erkrankung, Teil-Genesung und Voruntersuchungen mit sich bringt, müssen wir dies, um uns ein besseres Bild von Ihrem speziellen Erkrankungs- und Genesungsverlauf machen zu können, vorab erfahren .

Bitte listen Sie uns stichpunktartig und chronologisch auf , wann welche Untersuchungen nach der Erkrankung erfolgt sind. Geben Sie bitte auch an, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie in 2023, 2022, 2021 und 2020 gemacht haben (z.B. Coloskopie, Hautkrebsscreening, gynäkologische Vorsorgeuntersuchung/ urologische Vorsorgeuntersuchung, Mammographie).

Um Ihre Beschwerden so gut wie möglich zu erfassen, bitten wir Sie, die folgenden Fragen aufmerksam durchzulesen und so gründlich wie möglich zu beantworten.

Persönliche Daten:

Vorname, Nachname	Geburtsdatum
Familienstand	Erlerner Beruf/aktuelle Tätigkeit
Adresse	Wieviel Stunden/Woche arbeiten Sie?
E-Mail	Telefonnummer/Handynummer
Hausarzt	Fachärzte (Kardiologie; Pneumologie, etc.)
Größe	Gewicht

Vorerkrankungen:

Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Mukoviszidose
	Sonstige:		
Kardiovaskuläre Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz
	<input type="checkbox"/> STENT	<input type="checkbox"/> Bypass	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt
	Sonstige:		
Metabolische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose)	
	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)	
	Sonstige:		



Rheumatologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Arthrose – welche(s) Gelenk(e)? <input type="checkbox"/> Arthritis rheumatoide <input type="checkbox"/> Fibromyalgie <input type="checkbox"/> Sarkoidose <input type="checkbox"/> Lupus erythematodes Sonstige:
Psychiatrische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Angststörung <input type="checkbox"/> Epilepsie Sonstige:
Infektionserkrankungen (evtl. in der Vergangenheit)	<input type="checkbox"/> Mononukleose (Pfeiffersches Drüsenfieber) <input type="checkbox"/> HIV-Infektion <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Influenza Sonstige:
Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/> Venen <input type="checkbox"/> Arterien
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche?:
Sonstige Erkrankungen	
Erfolgte Operationen:	Was und wann wurde operiert?
Allergien und Unverträglichkeiten	Lebensmittel: Medikamente: Pollen: Sonstige:
Erkrankungen in der Familie (Eltern, Geschwister, Kinder)	

Medikamente:

Bitte führen Sie alle Medikamente auf, die aktuell eingenommen werden bzw. fügen Sie einen aktuellen Medikamentenplan bei. Bitte führen Sie auch Medikamente auf, die Sie nur bei Bedarf einnehmen. Ggf. führen Sie bitte auch Vitamine und Naturheilmittel auf.

Medikament	Dosis (in mg)	Einnahme (z.B. 1-0-0 für Einnahme morgens, 1-0-1 für morgens und abends)	Einnahme seit COVID-19
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>



Noxen:

Nikotinkonsum (Zigaretten, Zigarre, Pfeife, E-Zigarette)	<input type="checkbox"/> Nie Raucher <input type="checkbox"/> Ex-Raucher: Von wann bis wann? Wie häufig am Tag? <input type="checkbox"/> Raucher: seit wann? Wie häufig am Tag?
Alkoholkonsum	Art und Menge pro Tag/Woche
Weitere Substanzen (Amphetamine, Marihuana, etc.)	<input type="checkbox"/> In der Vergangenheit: Welche Substanzen? Wie häufig? <input type="checkbox"/> Aktuell: Welche Substanzen? Wie häufig?

Impfstatus:

SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Keine Impfung 1. Impfung Prime Datum: _____ Hersteller: _____ 2. Impfung Boost Datum: _____ Hersteller: _____ 3. Impfung Boost Datum: _____ Hersteller: _____ 4. Impfung Boost Datum: _____ Hersteller: _____
Influenza	<input type="checkbox"/> Keine Impfung Letzte Impfung: _____

Coronaerkrankungen

- 1. Erkrankung: Datum: _____
- 2. Erkrankung: Datum: _____
- 3. Erkrankung: Datum: _____

COVID-19 Verlauf

bei mehrfacher Erkrankung bitte alle Verläufe angeben

- Symptombeginn: _____
- Erster positiver SARS-CoV-2-Test: _____
- Die Behandlung erfolgte ambulant stationär auf Intensivstation
- Während der Behandlung erhielt ich
 - Sauerstoff (>4 Stunden)
 - wurde intubiert beatmet
 - erhielt ich Kortikoide (z.B. Dexamethason),
 - Antibiotika (z.B. Clarithromycin, Ampicillin/Sulbactam)

**REHA:**

Waren Sie nach der Behandlung in Reha?

 ja nein

Wenn ja:

Wo? _____

Wann? _____

Beschwerden während COVID-19 Erkrankung

In der folgenden Tabelle bewerten Sie bitte die Häufigkeit ausgewählter Beschwerden, während Sie an COVID-19 erkrankt waren.

	Nein	Selten	Häufig	Regelmäßig
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drehschwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwankschwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gangunsicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geruchsinnstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacksinnstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisleistungsstörung „Corona-Brain“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merkfähigkeitsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten einzuschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten durchzuschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht erholsamer Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustschmerzen/Brustenge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot in Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot unter Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten ohne Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten mit klarem Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten mit eitrigem Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schüttelfrost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber (>38°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtschweiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laufende Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraftlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheitsgefühl in Armen und Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Nein	Selten	Häufig	Regelmäßig
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Oberbauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Unterbauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenentleerungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiges Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten zu Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten zu Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautausschläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphknotenschwellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuelle Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühl von Einsamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorgen um die Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanken an den Tod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Beschwerden, die nicht in der Tabelle aufgeführt sind:

Aktuelle Beschwerden:

In der folgenden Tabelle bewerten Sie bitte den aktuellen Verlauf Ihrer Beschwerden im Vergleich zu Ihren Beschwerden während der Erkrankung. In dieser Tabelle geht es vor allem darum Veränderungen festzustellen. Beschwerden oder Symptome, die während ihrer Erkrankung nicht aufgetreten sind, zum aktuellen Zeitpunkt aber bestehen, vermerken Sie bitte „Neu hinzugekommen“. Falls bestimmte Beschwerden in Stärke oder Häufigkeit zugenommen haben oder seltener bzw. weniger stark ausgeprägt sind markieren Sie dies entsprechend.

	Neu hinzugekommen	Häufiger bzw. stärker	Unverändert	Seltener bzw. weniger	Nie
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drehschwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwankschwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gangunsicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geruchsinnstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschmacksinnstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisstörung „Corona-Brain“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merkfähigkeitsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten einzuschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten durchzuschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht erholsamer Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustschmerzen/Brustenge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot in Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot unter Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten ohne Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten mit klarem Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten mit eitrigem Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schüttelfrost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fieber (>38°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtschweiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laufende Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörminderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraftlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheitsgefühl in Armen und Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Neu hinzugekommen	Häufiger bzw. stärker	Unverändert	Seltener bzw. weniger	Nie
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Oberbauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Unterbauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenentleerungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiges Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten zu Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten zu Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautausschläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphknotenschwellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuelle Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstzustände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühl von Einsamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorgen um die Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Beschwerden, die nicht in der Tabelle aufgeführt sind:

Aktuell belastet Sie im Alltag am meisten:

Hatten Sie bereits ähnliche Beschwerden zu einem anderen Zeitpunkt?

ja nein



Funktionalität:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Einschätzung Ihrer Funktionalität.

Können Sie ohne fremde Hilfe leben? (z.B. selbstständig essen, gehen/laufen, die Toilette benutzen, die tägliche Routinehygiene durchführen)

ja nein

Gibt es Aufgaben/Tätigkeiten zu Hause oder am Arbeitsplatz, die Sie nicht mehr selbst erledigen können?

ja nein

Leiden sie unter Symptomen, Depressionen oder Angstzuständen?

ja nein

Müssen Sie Aufgaben/Tätigkeiten vermeiden, reduzieren oder über einen gewissen Zeitraum verteilen?

ja nein

Bitte bewerten sie Ihre Leistungsfähigkeit anhand der folgenden Tabelle

Tätigkeit	unmöglich	Stark eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Un- eingeschränkt
Anstrengende Tätigkeit (z.B. Joggen, Tragen von Umzugskartons)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittelschwere Tätigkeiten (z.B. Stuhl verschieben, Staubsaugen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufstaschen heben oder tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich beugen, knien oder bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langsames Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbst essen und trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständig auf die Toilette gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushalt (kochen, putzen, waschen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegenstände greifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakte pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PC-Arbeiten durchführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Unterschrift