

## Anmeldungsbogen Post- / Long-Covid-Spezialsprechstunde

Bitte füllen Sie die folgenden Seiten sorgfältig und vollständig aus! DANKE !

### Ausfüllende Person:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Beziehung zur angemeldeten Person (z.B.: Elternteil, Amtsvormund, Betreuer):  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Angaben zum angemeldeten Kind / Jugendlichen:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name des **Kinderarztes / Hausarztes**: \_\_\_\_\_

Bei wem liegt das **Sorgerecht/ Vormundschaft**?  Gemeinsam  Vater  Mutter  Vormund

Name des Vormunds: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### Alle folgenden Fragen beziehen sich auf die angemeldete Person:

**Wann war der Beginn der COVID-19 Erkrankung (vermutliches Datum der Infektion)**

Datum: \_\_\_\_\_

**Wann wurde die Diagnose einer Coronavirusinfektion (COVID-19) gestellt/bestätigt?**

Datum: \_\_\_\_\_

**Wie wurde diese gestellt? (Befunde bitte anhängen)**

- PCR-Test
- Antigen-Test auf SARS-CoV-2 („Schnelltest“)
  - Selbsttestung
  - Anerkannte Teststelle
- Antikörper gegen SARS-CoV-2 (Bestimmung im Blut)

# Anmeldungsbogen Post- / Long-Covid-Spezialsprechstunde

Wie ist die Infektion in den ersten 4 Wochen verlaufen?

- Ohne Symptome
- Mit gering ausgeprägten Symptomen
- Mit deutlich ausgeprägten Symptomen

Ist eine Behandlung erfolgt?

- Keine Behandlung erfolgt (keine Vorstellung beim Haus- oder Kinderarzt)
- Mit Vorstellung beim Haus- oder Kinderarzt
- Eine Krankenhausbehandlung war notwendig (jedoch keine Intensivbehandlung)
- Eine Krankenhausbehandlung und Intensivbehandlung war notwendig

Welche Symptome bestanden / bestehen nach der akuten Infektion (d.h. ca. 4. Wochen nach Beginn der Erkrankung)

Symptom	Bestand nie	Bestand, jetzt aber nicht mehr	Besteht, hat sich verbessert	Besteht, unverändert	Besteht, hat sich verschlechtert
Atemnot / Luftnot					
Chronischer Husten					
Andauernd müde / schnell erschöpft					
Herzbeschwerden: _____					
Kopfschmerzen					
Andere Schmerzen: _____					
Magen- Darm- Beschwerden: z.B. Übelkeit, Erbrechen, Durchfall					
Geschmacks- / Geruchsverlust					
Missempfindungen					
Lähmungen					
Schwindel					
Schlafstörungen					
Konzentrationsstörungen					
Gedächtnisstörungen					
Gedrückte Stimmung („depressiv“)					
Ängstlichkeit					
Andere: _____					
Andere: _____					
Andere: _____					