

Name:

Geburtsdatum:

Datum:

**Basis Assessment**

1) Covid-19 Erkrankung/ SARS-CoV-2-Infektion

Datum des positiven Coronatestes: \_\_\_\_\_

Welches Testverfahren wurde angewandt? (Mehrfachnennung möglich):

☐ PCR-Test   ☐ Antigen-Test   ☐ Antikörper-Test

Welche Symptome traten im Rahmen der Covid -19 Erkrankung/ SARS-CoV-2-Infektion auf?

☐ keine

☐ Fieber

☐ Gliederschmerzen

☐ Abgeschlagenheit/Müdigkeit

☐ Husten/Halsschmerzen

☐ Atemnot

☐ Kreislaufbeschwerden

☐ Sonstige: \_\_\_\_\_

Wie würden Sie den Verlauf der Covid-19 Erkrankung/ SARS-CoV-2-Infektion bewerten?

☐ asymptomatisch

☐ mild

☐ moderat

☐ schwer

☐ sehr schwer

Wie oft waren sie vor der Erkrankung gegen SARS-CoV-2 geimpft? \_\_\_\_\_mal

2) Long-/Post-Covid

Welche Symptome liegen/lagen vor?

☐ Abgeschlagenheit

☐ mangelnde körperliche Belastbarkeit / starke Erschöpfung nach körperl. Anstrengung

☐ Konzentrationsschwäche/ Vergesslichkeit

☐ Depression/ reduzierte psychische Belastbarkeit

☐ Wortfindungsstörungen/ Lesestörung

☐ Kopfschmerzen

☐ Gelenkschmerzen/ Muskelschmerzen

☐ Schwindelgefühl (insb. beim Lagewechsel)

☐ Schlafstörungen/unerholsamer Schlaf

☐ Atembeschwerden in Ruhe

☐ Atembeschwerden bei Belastung

☐ Herzrasen/Herzklopfen/Druck auf dem Brustkorb

☐ gehäufte Infekte

☐ Sinnesstörungen (Riechen, Schmecken, Sehen)

☐ Durchfall

☐ Kribbelgefühle/ Sensibilitätsstörungen/ Pelzigkeit

☐ chronischer Husten

☐ Gelenkschmerzen/ Muskelschmerzen

☐ Sonstige: \_\_\_\_\_

Seit wann bestehen die Symptome?

☐ Symptome bestanden seit der akuten Infektion fort

☐ innerhalb von 4 Wochen nach der Infektion

☐ innerhalb von 12 Wochen nach der Infektion

Name:

Geburtsdatum:

### 3) Funktioneller Status (PCFS)

Bitte geben Sie an, welche der folgenden Aussagen am ehesten auf Sie zutrifft. Bitte kreuzen Sie jeweils nur ein Kästchen an.

Ich habe keine Einschränkungen in meinem täglichen Leben und keine Symptome, Schmerzen oder Ängste im Zusammenhang mit der Infektion.	<input type="checkbox"/>	0
Ich habe vernachlässigbare Einschränkungen in meinem täglichen Leben, da ich alle üblichen Pflichten/Aktivitäten ausführen kann, obwohl ich immer noch anhaltende Symptome, Schmerzen oder Angstzustände habe.	<input type="checkbox"/>	1
Ich leide unter Einschränkungen in meinem täglichen Leben, da ich gelegentlich aufgrund von Symptomen, Schmerzen oder Ängsten gewöhnliche Pflichten/Aktivitäten vermeiden oder reduzieren oder über die Zeit verteilen muss. Ich bin jedoch in der Lage, alle Aktivitäten ohne jegliche Unterstützung auszuführen.	<input type="checkbox"/>	2
Ich leide unter Einschränkungen in meinem Alltag, da ich aufgrund von Symptomen, Schmerzen oder Ängsten nicht in der Lage bin, alle üblichen Aufgaben/Aktivitäten auszuführen. Ich bin jedoch in der Lage, mich ohne jede Hilfe um mich selbst zu kümmern.	<input type="checkbox"/>	3
Ich leide unter schweren Einschränkungen in meinem Alltag: Ich bin nicht in der Lage, für mich selbst zu sorgen, und deshalb bin ich aufgrund von Symptomen, Schmerzen oder Ängsten auf die Pflege und/oder Hilfe einer anderen Person angewiesen.	<input type="checkbox"/>	4

Wie sehr beeinflussen die oben genannten Symptome:

	gar nicht	kaum	mäßig	stark	sehr stark
den Schul-/Arbeitsalltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soziale Kontakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das persönliche Empfinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das häusliche/familiäre Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>