

Datum: ____ . ____ . ____

Anmeldebogen Ambulanz für postinfektiöse Erkrankungen

1. Persönliche Daten des Patienten

Name _____
Vorname _____
Geb. Datum _____
Adresse _____
Telefonnummer _____
E-Mail-Adresse _____
Geschlecht _____
Größe _____
Gewicht _____
Krankenversicherung _____ Privat

2. Zuweisende Arztpraxis (verpflichtende Angabe für Rückfragen etc.)

Arzt _____
Adresse _____
Telefonnummer _____
Faxnummer _____
E-Mail-Adresse _____

Unterschrift und Stempel des zuweisenden Arztes

3. Indikation

Post-COVID nach Infektion mit SARS-CoV-2	Post-Vac-Syndrom nach Impfung gegen SARS-CoV-2	Postinfektiöses Syndrom nach anderem Infekt
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.1. Für Post-Covid-Patienten

Datum der Infektion: ____ . ____ . ____

Wie wurde die Infektion bestätigt?

PCR-Test

Antigen-Test/Schnelltest

Nur vermutet

3.2. Für Post-Vac-Patienten

Datum der Impfung, welche die Symptome auslöste: ____ . ____ . ____

Mit welchem Impfstoff erfolgte die Impfung?

Biontech/Cominarty

Moderna/Spikevax

Astrazeneca/Vaxzevria

Janssen/Johnson&Johnson

Novavax

Sonstiger Impfstoff

3.3. Für Patienten mit Auslösern unabhängig von SARS-CoV-2

Beginn der Symptome: ____ . ____ . ____

Auslöser der Symptome: _____

Unbekannt:

3.4. Für alle Patienten

Bitte nennen Sie die 5 Symptome, die den Patienten am meisten belasten:

Vorerkrankungen:

Welche Medikamente nimmt der Patient derzeit ein:

Gab es weitere (nicht-medikamentöse) therapeutische Maßnahmen:

Wurde bei dem Patienten ME/CFS* diagnostiziert?

*Myalgische Enzephalitis/Chronic fatigue Syndrom

Ja, gesichert

Ja, vermutet

Nein