

Name, Vorname _____

Marburg, _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie kommen zur Nach-Untersuchung nach einer Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus zu uns. - Mit der Beantwortung des Fragebogens helfen Sie uns, Ihr Befinden und der Verlauf der Erkrankung strukturiert zu erfassen.

1. Vorerkrankungen (vor Ihrer Covid-Erkrankung)

Bitte kreuzen Sie die auf Sie zutreffenden Vorerkrankungen an.

	Ja	Nein
Bluthochdruck		
Erhöhte Blutfette		
Verkalkung der Herzkranzgefäße (Koronare Herzkrankheit)		
Herzrhythmusstörungen		
Diabetes mellitus		
Chronische Lungenerkrankung		
Schlafapnoe Syndrom		
Chronische Nierenerkrankung		
Übergewicht		
Schlaganfall		
Gefäßverkalkung (Arteriosklerose)		
Depression		
Angststörung		
Andere psychiatrische Erkrankung		
Tumorerkrankung		
Osteoporose		
Sodbrennen (Gastroösophagealer Reflux)		

2. Krankenhausaufenthalt und/oder Arztkontakt

	Ja	Nein
Wurden Sie im Rahmen Ihrer Covid-Erkrankung stationär behandelt?		
Waren Sie auf einer Intensivstation?		
Oder auf einer Normalstation?		
Haben Sie im Rahmen der Therapie Sauerstoff erhalten?		

Wie viele Tage dauerte Ihre stationäre Behandlung? _____

Haben Sie in der Akutphase medizinische Hilfe in Anspruch genommen? (Hausarzt, Ärztlicher Notdienst, Notfallbehandlung) _____

Welche Behandlung haben Sie bekommen? _____

3. Ihre Beschwerden - Verlauf

Welche Symptome hatten Sie zum Zeitpunkt der akuten Erkrankung und welche Symptome bestehen aktuell immer noch. Bitte bewerten Sie das Ausmaß Ihrer Symptome (0 = keine Symptome, 10 = schlimmste Symptome)

	Vor der Erkrankung	Akute Erkrankungsphase	Aktuell bestehende Symptome
Beispiel Kopfschmerzen	0 = vorher hatte ich nie Kopfschmerzen	8 = Kopfschmerzen waren sehr schlimm	4 = Kopfschmerzen sind noch da, aber deutlich gebessert
Geruchsverlust			
Geschmacksverlust			
Ermüdungserscheinungen			
Kopfschmerzen			
Kurzatmigkeit			
Husten			
Fieber			
Brustschmerzen/Engegefühl in der Brust			
Durchfall			
Halsschmerzen			
Gliederschmerzen/Gelenkschmerzen			
Schnupfen			
Muskelschmerzen			
Schwindel			
Trockene Augen			

4. Fragebogen über Ermüdungserscheinungen (Fatigue Assessment Scale)

Die folgenden zehn Aussagen betreffen Ihr normales Befinden. Bitte umkreisen Sie die Antwort, die am besten zu Ihnen passt. Beantworten Sie bitte jede Frage, auch wenn Sie momentan keine Beschwerden haben.

Sie können pro Aussage zwischen 5 Antwortmöglichkeiten wählen, variierend von 'niemals' bis 'immer'.

1. niemals
2. manchmal (d.h. monatlich oder weniger)
3. regelmäßig (d.h. ein paar Mal pro Monat)
4. oft (d.h. wöchentlich)
5. immer (d.h. täglich)

	Niemals	Manchmal	Regelmäßig	Oft	immer
Ich leide unter Ermüdungserscheinungen.					
Ich bin schnell müde.					
Ich finde, dass ich an einem Tag wenig mache.					
Ich habe genug Energie für den Alltag.					
Körperlich fühle ich mich erschöpft.					
Es fällt mir schwer Sachen anzufangen					
Es fällt mir schwer klar zu denken.					
Ich habe keine Lust etwas zu unternehmen.					
Ich fühle mich geistig erschöpft.					
Wenn ich mit etwas beschäftigt bin, kann ich mich gut darauf konzentrieren.					

5. Ängstlichkeit (GAD-7)

Wie oft fühlten Sie sich in den letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Bitte kreuzen Sie die auf Sie zutreffenden Antworten an.

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung				
Nicht in der Lage zu sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren				
Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten				
Schwierigkeiten zu entspannen				
Rastlosigkeit, sodass Stillsitzen schwer fällt				
Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit				
Gefühl der Angst, so als würde etwas schlimmes passieren				

6. Depression (PAQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der **letzten 2 Wochen** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten				
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit				
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf				
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben				
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen				
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben				
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen				
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?				
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten				

7. Luftnot/Belastbarkeit - Ausprägung

Was beschreibt das Ausmaß Ihrer Luftnot am besten?

- Nur bei schwerer Anstrengung
- Bereits beim schnellen Gehen oder bei leichten Anstiegen
- Bereits beim Gehen in der Ebene im Tempo Gleichaltriger (ich bin langsamer)
- Bereits bei einer Gehstrecke von ca. 100 m
- Bereits beim Verlassen des Hauses (ich kann das Haus wegen Luftnot nicht verlassen)

8. Ihre allgemeinen Beschwerden - Ausprägung

Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, was derzeit am besten auf Sie zutrifft. Kreuzen Sie (X) in jeder Zeile bitte nur eine Möglichkeit an.

Ich huste nie	0	1	2	3	4	5	Ich huste ständig
Ich bin überhaupt nicht verschleimt	0	1	2	3	4	5	Ich bin völlig verschleimt
Ich spüre keinerlei Engegefühl in der Brust	0	1	2	3	4	5	Ich spüre ein starkes Engegefühl in der Brust
Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich nicht außer Atem	0	1	2	3	4	5	Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich sehr außer Atem
Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten nicht eingeschränkt	0	1	2	3	4	5	Ich bin bei meinen häuslichen Aktivitäten sehr stark eingeschränkt
Ich habe keine Bedenken , trotz meiner Lungenerkrankung mein Haus zu verlassen	0	1	2	3	4	5	Ich habe wegen meiner Lungenerkrankung große Bedenken, das Haus zu verlassen
Ich schlafe tief und fest	0	1	2	3	4	5	Wegen meiner Lungenerkrankung schlafe ich nicht tief und fest
Ich bin voller Energie	0	1	2	3	4	5	Ich habe überhaupt keine Energie

9. Lebensqualität (Quality Of Life)

Wie bewerten Sie ihre **jetzige** Lebensqualität im Vergleich zu Ihrer Lebensqualität zum Zeitpunkt **vor** Ihrer Covid-Erkrankung. Bitte geben Sie dies durch einen Zahlenwert zwischen 0 und 100 an.

0 = sehr schlechte Lebensqualität

100 = beste Lebensqualität, die ich mir vorstellen kann

	Lebensqualität (0 -100)
Vor Ihrer Covid Erkrankung	
Während Ihrer Erkrankung	
Jetzt	

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe,

Ihr Team der PneumoPraxis-Marburg