

## Erweiterter Anamnesebogen Post-COVID-Syndrom

Name, Vorname

Datum:

\_\_\_\_\_

Unterschrift:

\_\_\_\_\_

Zeitraum der COVID-19 Infektion \_\_\_\_\_

beatmungspflichtig ja  nein  wie lange \_\_\_\_\_

anhaltender Husten ja  nein  seit wann \_\_\_\_\_

Geschmacksstörung ja  nein  seit wann \_\_\_\_\_

Geruchsstörung ja  nein  seit wann \_\_\_\_\_

Abgeschlagenheit ja  nein  seit wann \_\_\_\_\_

Dyspnoe bei Belastung ja  nein  seit wann \_\_\_\_\_

in Ruhe ja  nein  seit wann \_\_\_\_\_

kardiale Beschwerden ja  nein  seit wann \_\_\_\_\_

Polyneuropathie ja  nein  seit wann \_\_\_\_\_

wo \_\_\_\_\_

Schlafstörung ja  nein  seit wann \_\_\_\_\_

Gewebesauerstoffversorgung (Pulsoxymeter) O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ % (beim Arzt)

Der Verein \_\_\_\_\_ bedankt sich für die Zusammenarbeit.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Vereinsmitarbeiter\*in