

Fatigue Ambulanz Kriterienkatalog für Zuweiser

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
 um die Indikation zur Vorstellung in unserer Ambulanz und die Dringlichkeit der Terminvergabe besser einschätzen zu können und bei Bedarf mit Ihnen Kontakt aufnehmen zu können, bitten wir vorab um Zusendung des vollständig ausgefüllten Fragebogens per Fax an 0731 – 500 1257913. Vielen Dank!

Kontaktdaten zuweisende Praxis/Einrichtung			
Name, Vorname (Ärztin/Arzt)			
Fachrichtung		BSNR, LANR	
Praxis: PLZ, Ort		Straße, Nr.	
E-Mail-Adresse		Telefon-Nr.	

Kontaktdaten Ihrer Patientin, Ihres Patienten, die/den Sie in der Ambulanz vorstellen möchten		
_____	_____	_____
Name, Vorname	Geb.-Datum	PLZ, Ort
_____	_____	_____
E-Mail-Adresse	Tel.-Nr.	Landkreis

Welche der folgenden Punkte treffen für Ihre Patientin/Ihren Patienten zu?	trifft zu
Die Beschwerden sind nach einer Infektion neu aufgetreten , bestehen seit mindestens 12 Wochen und sind durch keine andere medizinische Ursache erklärbar .	
Die Symptomatik ist nach einer SARS-CoV-2-Infektion oder nachweislichen COVID-19-Impfung aufgetreten und mit Post-COVID- bzw. Post-VAC-Syndrom vereinbar.	
Fatigue > 6 Monate	
Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsprobleme > 6 Monate	
Kopfschmerzen > 3 Monate	
Arbeitsunfähigkeit wegen postinfektiöser Symptomatik > 3 Monate	
Frühere Vorstellung in Spezialambulanz in: _____ am _____	

Aktueller Anlass für die Vorstellung in der Ambulanz

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt, Praxisstempel

Fatigue Ambulanz Kriterienkatalog für Zuweiser
Fragen an Ihre Patientin, Ihren Patienten

I. Welche Aussage trifft am ehesten für Sie zu?	Trifft zu
Ich habe keine Einschränkungen in meinem täglichen Leben und keine Symptome , Schmerzen oder Ängste im Zusammenhang mit der Infektion .	
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.	
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 eine Zeit verteilen muss. Ich bin jedoch in der Lage, alle Aktivitäten ohne jegliche Unterstützung durchzuführen .	
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 .	
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 .	

II. Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen.		niemals	manchmal	regelmäßig	oft	immer
1	Ich leide unter Ermüdungserscheinungen.					
2	Ich bin schnell müde.					
3	Ich finde, dass ich an einem Tag wenig mache.					
4	Ich habe genug Energie für den Alltag.					
5	Körperlich fühle ich mich erschöpft.					
6	Es fällt mir schwer, Sachen anzufangen.					
7	Es fällt mir schwer, klar zu denken.					
8	Ich habe keine Lust, etwas zu machen.					
9	Ich fühle mich geistig erschöpft.					
10	Wenn ich mit etwas beschäftigt bin, kann ich mich gut darauf konzentrieren.					

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Patientin

Bitte senden Sie beide Seiten per Fax an: 0731 – 500 125 79 13