



Prescreening

Covid-ME/CFS Ambulanz Kurzfragebogen:

Dieser Fragebogen dient der richtigen Einordnung Ihrer Beschwerden und die Planung eines möglichen Ambulanztermins. Unsere Mitarbeiter werden sich dann bei Ihnen wegen einer Terminvereinbarung melden.

Bitte schicken Sie uns auch wesentliche Arztbriefe und Befunde per mail oder per Post.

1. Waren sind Sie an COVID-19 erkrankt?

Monat____ / Jahr_____

Sind Sie bereits wieder negativ getestet?

- Ja
 Nein

Sind Ihre Beschwerden mit oder nach der COVID-19-Erkrankung aufgetreten oder verstärkt worden?

- Ja
 Nein

2. Wurde bei Ihnen bereits die Diagnose einer chronischen Müdigkeitserkrankung (ME/CFS) gestellt?

- Ja
Seit: Monat____ / Jahr_____
- Nein

3. Welche Symptome / Beschwerden haben Sie zurzeit? (Mehrfachnennungen möglich)

- Dyspnoe (Atembeschwerden)
- Körperlicher Leistungsverlust (im Alltag oder beim Sport)
- Müdigkeit / schnelle Erschöpfung / verlangsamte Regeneration nach Belastung
- Neurologische Beschwerden (z.B. Konzentrationsprobleme, Lähmungserscheinungen, verringerte Merkfähigkeit etc.)
- Magen-Darm-Probleme (Neue Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Bauchbeschwerden, Durchfälle)
- Neu aufgetretene Allergien (Atmung, Haut, Nase)
- Tachykardie (schneller Herzschlag, Herzklopfen)
- Schlaflosigkeit
- Anderes _____

Seit wann leiden Sie unter diesen Beschwerden?

Monat____ / Jahr_____



4. Wie stark sind die Beschwerden?
- Ich bin leistungsfähig, möchte aber die Befunde abklären lassen
 - Nur bei oder nach Belastungen
 - Selten oder leicht
 - Häufig oder mittelstark
 - Andauernd
5. Waren Sie vor Ihrer Erkrankung bzw. der Infektion mit SARS-CoV-2 sportlich aktiv?
(Mehrfachnennungen möglich)
- Nein, ich habe vor der Erkrankung keinen Sport betrieben
 - Ja, ich mache weniger als 3x die Woche Sport
 - Ja, ich mache 3 - 5x die Woche Sport
 - Ja, ich mache öfter als 5x die Woche Sport
 - Ich bin Kaderathlet oder Profisportler
 - Ich habe einen körperlich anstrengenden Beruf
 - Ich betreibe vorwiegend Ausdauersport (Laufen, Radfahren, Schwimmen, Rudern etc.)

Kontaktdaten:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

- Hiermit willige ich der Datenspeicherung zum Zwecke der Terminvereinbarung ein. (Bei Fehlen der Einwilligung kann keine Terminvereinbarung erfolgen)

Ort, Datum

Unterschrift