

## 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.

ZENTRUM FÜR INNERE  
MEDIZIN  
**Sektion Sport- und  
Rehabilitationsmedizin**  
Leimgrubenweg 14  
D-89075 Ulm

**Prof. Dr. h.c. Dr. med.  
Jürgen M. Steinacker**  
*Ärztlicher Leiter  
Arzt für Innere Medizin,  
Kardiologie, Sportmedizin,  
Rehabilitationswesen*

**Studien-Sekretariat**  
covid.ambulanz@  
uniklinik-ulm.de

#### 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 (bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen):**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Vollständige Adresse: \_\_\_\_\_

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