

Long-COVID-Syndrom Anamneseerhebungsbogen

Patientenetikett schmal

Kinderarzt: _____

Empfehlung zur Abklärung von Kinderarzt vorliegend?

ja → weiter bei 1)

nein → bitte zuerst Kinderarzt kontaktieren

1) COVID-19 Erkrankung/ SARS-CoV-2-Infektion

Datum des ersten positiven Coronatestes: _____

Welches Testverfahren wurde angewandt? (Mehrfachnennung möglich):

PCR-Test Antigen-Test Antikörper-Test

Welche Symptome traten im Rahmen der COVID -19 Erkrankung/ SARS-CoV-2-Infektion auf?

- keine
- Fieber
- Gliederschmerzen
- Abgeschlagenheit/Müdigkeit
- Husten/Halsschmerzen
- Atemnot
- Kreislaufbeschwerden
- Sonstige: _____

Wie würden Sie den Verlauf der COVID -19 Erkrankung/ SARS-CoV-2-Infektion bewerten?

asymptomatisch milde moderat schwer sehr schwer

Hat im Zusammenhang mit der COVID -19 Erkrankung/ SARS-CoV-2-Infektion eine ärztliche Vorstellung/Behandlung stattgefunden?

- Ja; wenn ja ambulant oder stationär
falls stationär im Zeitraum von _____ bis _____
- Nein

2) Pädiatrisches – Inflammations – Multiorgan – Syndrom

Wurde ein Pädiatrisches – Inflammations – Multiorgan – Syndrom (PIMS) diagnostiziert?

Ja Nein; falls Ja, bitte beantworten Sie die folgenden Fragen

War eine stationäre Behandlung notwendig? Ja Nein;

Wenn ja: für wie viele Tage: _____

war eine intensivmedizinische Behandlung notwendig Ja Nein

Wenn ja, wie viele Tage Aufenthalt auf Intensivstation: _____

Long-COVID-Syndrom Anamneseerhebungsbogen

3) Long - COVID - Syndrom

Welche Symptome liegen vor?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit | <input type="checkbox"/> mangelnde körperliche Belastbarkeit |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche | <input type="checkbox"/> schulischer Leistungsabfall |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Atembeschwerden in Ruhe | <input type="checkbox"/> Atembeschwerden bei Belastung |
| <input type="checkbox"/> Herzrasen | <input type="checkbox"/> gehäufte Infekte |
| <input type="checkbox"/> Riechstörungen | <input type="checkbox"/> Geschmacksstörungen |
| <input type="checkbox"/> Durchfall | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |

Wann traten die Symptome erstmals auf?

- schon während der COVID -19 Erkrankung/ SARS-CoV-2-Infektion und seitdem bestehend
- wenige Tage nach Genesung der COVID -19 Erkrankung
- wenige Tage nach Erhalt des positiven Testergebnisses
- Wochen nach der COVID -19 Erkrankung/ SARS-CoV-2-Infektion, Anzahl der Wochen: _____

Wie häufig treten die oben genannten Symptome auf?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> durchgehend | <input type="checkbox"/> mehrmals täglich | <input type="checkbox"/> einmal täglich |
| <input type="checkbox"/> mehr als einmal pro Woche | <input type="checkbox"/> weniger als einmal pro Woche | |

Wie sehr beeinflussen die oben genannten Symptome

	gar nicht	kaum	mäßig	stark	sehr stark
den Schulalltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soziale Kontakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das persönliche Empfinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das häusliche/familiäre Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hat aufgrund der oben genannten Symptome bereits eine ärztliche Vorstellung stattgefunden?

- Ja Nein

Falls ja, wo? (Mehrfachnennung möglich)

- in der betreuenden pädiatrischen/hausärztlichen Praxis
- in der Notaufnahme einer Kinderklinik oder einem sonstigen Krankenhaus
- in einer pädiatrischen Spezialambulanz (z.B. Kinderpulmologie, -kardiologie etc.)

Long-COVID-Syndrom Anamneseerhebungsbogen

4) Allgemeinanamnese

Liegen Vorerkrankungen vor? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Allergien bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

War ihr Kind schon einmal in psychotherapeutischer Betreuung?: Ja Nein

Wenn ja, warum? _____

5) Kontaktdaten

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtstag des Kindes: _____

Name, Vorname eines Erziehungsberechtigten: _____

Telefonnummer: _____

Email-Adresse: _____

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen an das Patientenmanagement der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Augsburg.

Fax: 0821 400-179210

Postalisch:

Kinderklinik Augsburg
Patientensteuerung
Stenglinstr. 2
86156 Augsburg

E-Mail: Patientensteuerung.kk@uk-augsburg.de

Wir werden uns zeitnah telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen.
Bei Fragen können Sie uns telefonisch unter 0821/400-3456 erreichen.