

COVID-Ambulanz » Fragebogen für Patienten Long-, bzw. Post-COVID-Syndrom (Anamnese)

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie möchten sich gerne in der COVID-Ambulanz des Universitätsklinikum Augsburg vorstellen. Um neben einem Termin in unserer Ambulanz besser einschätzen zu können welche Untersuchungen sinnvollerweise ergänzt werden müssen, bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen in diesem Anamnese-Bogen möglichst genau zu beantworten.

Zudem bitten wir Sie, uns die Berichte zu allen bisher im Rahmen des Long-, bzw. Post-COVID-Syndroms durchgeführten Untersuchungen **per Post** zukommen zu lassen. Dazu gehören z. B. Arztbriefe, Berichte zu Untersuchungen, Testergebnisse sowie weitere Unterlagen, die Ihnen ggf. zur Verfügung stehen. Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen sowie die Unterlange parallel zu Ihrer Terminanfrage per Post an die untenstehenden Kontaktdaten zu oder bringen Sie die Unterlagen zu Ihrem Erstgespräch mit.

Bitte beachten Sie dabei folgendes:

- Ein ausgefüllter Fragebogen erleichtert uns die Arbeit, stellt aber keine Voraussetzung für die Terminvergabe dar!
- Selbstverständlich können Sie die Unterlagen auch zu Ihrem ersten Termin in der Ambulanz in Kopie mitbringen.

Da die Nachfrage für einen Termin in der COVID-Ambulanz aktuell sehr hoch ist, möchten wir schon heute um Ihr Verständnis bitten, dass es voraussichtlich zu längeren Wartezeiten bis zu einem Termin kommen kann.

Mit freundlichen Grüßen

Stefanie Bader

Oberärztin der I. Medizinischen Klinik &
Leiterin der COVID-Ambulanz)

KONTAKT | Unsere Kontaktdaten sind:

Universitätsklinikum Augsburg
I. Medizinische Klinik
COVID-Ambulanz
Stenglinstraße 2
86156 Augsburg

Telefon: 0821 400-xxxx
Fax: 0821 400-172290
E-Mail: COVID-Ambulanz@uk-augsburg.de
Internet: [COVID-Ambulanz](https://www.uk-augsburg.de/COVID-Ambulanz)

Fragebogen für Patienten (Anamnese)

Patient/in (Name, Vorname, Geburtsdatum)

Patient/in » **Anschrift und Kontaktdaten** (Telefon/ Fax/ E-Mail):

Datum des ersten positiven SARS-CoV-2-Abstrich:

Sind Sie gegen SARS-CoV-2 geimpft?

Ja Nein

Datum der Impfung/en:

1 _____ 2 _____

3 _____ 4 _____

Wann wurde das Long-, bzw. Post-COVID-Syndrom bei Ihnen (erst-) diagnostiziert?

Bestehen bei Ihnen Vorerkrankungen? Wenn ja, welche?

Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche und wann?

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja:

- Wie viel Zigaretten rauchen Sie am Tag? _____
- Seit wie vielen Jahren rauchen Sie? _____
- Bzw. für wie viele Jahre haben Sie geraucht? _____
- Wann haben Sie mit dem Rauchen aufgehört? _____

Welche Untersuchungen wurden bereits im Rahmen des Long-, Post-Covid-Syndroms durchgeführt?
Bitte übersenden Sie uns die Berichte vorab oder bringen Sie diese zu Ihrem ersten Termin mit.



Welche Symptome zeigten sich zum Zeitpunkt der Infektion? (zutreffendes bitte ankreuzen):

- Atemnot, Kurzatmigkeit, Husten
- Schlafstörungen (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen)
- Herzrasen, Druck auf der Brust
- Konzentrationsstörungen (Vergesslichkeit, Fehlende Wörter)
- Müdigkeit, Leistungsminderung, fehlende Belastbarkeit
- Neurologische Symptome, Muskel-/Gelenkschmerzen, Sensibilitätsstörungen, Kopfschmerzen
- Depressive Verstimmung
- Haarausfall, Hautveränderungen
- Geschmacks-/Geruchsveränderungen

Ergänzen Sie gerne weitere (sonstige) Symptome im Freitext:

Welche Symptome zeigten sich zum aktuellen Zeitpunkt der Vorstellung? (zutreffendes bitte ankreuzen):

- Atemnot, Kurzatmigkeit, Husten
- Schlafstörungen (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen)
- Herzrasen, Druck auf der Brust
- Konzentrationsstörungen (Vergesslichkeit, Fehlende Wörter)
- Müdigkeit, Leistungsminderung, fehlende Belastbarkeit
- Neurologische Symptome, Muskel-/Gelenkschmerzen, Sensibilitätsstörungen, Kopfschmerzen
- Depressive Verstimmung
- Haarausfall, Hautveränderungen
- Geschmacks-/Geruchsveränderungen

Ergänzen Sie gerne weitere (sonstige) Symptome im Freitext:

Welche Medikamente nehmen Sie ein?