

## Fragebogen: Post-COVID-19 Syndrom

**Name:**

**Datum:**

Geburtsdatum:

Gewicht:

Größe

**Datum des pos. SARS-CoV-2-Testes:**

**Symptome während der akuten SARS-CoV-2 Infektion:**

**Fieber:** ja / nein      **Dauer:**

**Husten:** ja / nein      **Dauer:**

**Luftnot:** ja / nein      **Dauer:**

**Geschmack/Geruchsstörung:** ja / nein      **Dauer:**

**Durchfall:** ja / nein      **Dauer:**

**Stationäre Behandlung:** ja / nein, wenn ja, wo:

*(bitte Unterlagen zukommen lassen)*

Intensivbehandlung: ja / nein, Beatmung: ja / nein

### I. Fragen zur Luftnot und Belastbarkeit

#### 1. **Aktuelle** Luftnotsymptomatik – Wann tritt bei Ihnen Luftnot auf, bitte für einen Grad der Luftnot entscheiden

a) Grad 0: Keine Luftnot. Keine Atemnot - außer bei deutlicher körperlicher Anstrengung

Einschränkung in Freizeitsport (z.B. Fahrradtouren, Schwimmen)

Einschränkung in Leistungssport (z.B. Sport mit Wettkämpfen)

b) Grad 1: Milde Luftnot. Kurzatmigkeit bei raschem Gehen oder leichtem Anstieg.

Haben Sie verstärkt Luftnot bei schnellem Gehen (z.B. im Vergleich zu Gleichaltrigen) bemerkt?

Haben Sie verstärkt Luftnot beim Bergangehen (z.B. im Vergleich zu Gleichaltrigen) bemerkt?

Haben Sie Luftnot beim Treppensteigen (> 2 Etagen)?

c) Grad 2: Mäßige Luftnot. Kurzatmigkeit bei normalem Gehen in der Ebene, Pausen zum Atemholen auch bei eigenem Tempo.

Haben Sie verstärkt Luftnot beim Gehen in der Ebene (z.B. im Vergleich zu Gleichaltrigen) bemerkt?

Haben Sie Luftnot beim Treppensteigen (ab 1-2 Etagen)?

d) Grad 3: Schwere Luftnot. Pausen beim Gehen nach einigen Minuten oder nach etwa 100 Metern im Schrittempo.

e) Grad 4: Sehr schwere Luftnot. Zu kurzatmig, um das Haus zu verlassen. Luftnot beim Reden und/oder beim Anziehen.

## 2. Luftnotsymptomatik **vor** Covid-19 Erkrankung:

a) Grad 0: Keine Luftnot. Keine Atemnot - außer bei deutlicher körperlicher Anstrengung

Einschränkung in Freizeitsport (z.B. Fahrradtouren, Schwimmen)

Einschränkung in Leistungssport (z.B. Sport mit Wettkämpfen)

b) Grad 1: Milde Luftnot. Kurzatmigkeit bei raschem Gehen oder leichtem Anstieg.

Haben Sie verstärkt Luftnot bei schnellem Gehen (z.B. im Vergleich zu Gleichaltrigen) bemerkt?

Haben Sie verstärkt Luftnot beim Bergangehen (z.B. im Vergleich zu Gleichaltrigen) bemerkt?

Haben Sie Luftnot beim Treppensteigen (> 2 Etagen)?

c) Grad 2: Mäßige Luftnot. Kurzatmigkeit bei normalem Gehen in der Ebene, Pausen zum Atemholen auch bei eigenem Tempo.

Haben Sie verstärkt Luftnot beim Gehen in der Ebene (z.B. im Vergleich zu Gleichaltrigen) bemerkt?

Haben Sie Luftnot beim Treppensteigen (ab 1-2 Etagen)?

d) Grad 3: Schwere Luftnot. Pausen beim Gehen nach einigen Minuten oder nach etwa 100 Metern im Schrittempo.

e) Grad 4: Sehr schwere Luftnot. Zu kurzatmig, um das Haus zu verlassen. Luftnot beim Reden und/oder beim Anziehen.

## 3. **Aktuelle** sportliche Leistungsfähigkeit

Sind Sie in Ihrer aktuellen sportlichen Leistungsfähigkeit (im Vergleich zu Leistungsfähigkeit vor der SARS-CoV-2 Erkrankung) eingeschränkt? ja / nein

Bitte geben Sie Häufigkeit und jeweilige Dauer der aktuellen sportlichen Aktivität an:

a) Häufigkeit pro Woche:

b) Dauer pro Einheit (min):

Bitte geben Sie die Art der sportl. Tätigkeit an (Mehrangaben sind möglich)

c) Krafttraining

d) Ausdauertraining

e) Leichte sport. Tätigkeit (Fahrradfahren)

f) Körperliche Aktivität (Spazieren etc.)

g) Inwiefern sind Sie aktuell eingeschränkt (z.B. Häufigkeit, Dauer, maximale Leistung)?

## 6. Sportliche Leistungsfähigkeit **vor** der SARS-CoV-2 Infektion

Bitte geben Sie Häufigkeit und jeweilige Dauer der sportlichen Aktivität an:

a) Häufigkeit pro Woche:

b) Dauer pro Einheit (min):

Bitte geben Sie die Art der sportl. Tätigkeit an (Mehrangaben sind möglich)

c) Krafttraining

d) Ausdauertraining

e) Leichte sport. Tätigkeit (Fahrradfahren)

f) Körperliche Aktivität (Spazieren etc.)

## II. Fragen zu aktuellen Symptomen

### 1. Haben Sie eine der folgenden Symptome die Lungen betreffend?

a) Husten

b) Auswurf

c) Atemabhängiger Brustschmerz

### 2. Haben Sie eines der folgenden Symptome das Herz-Kreislaufsystem betreffend?

a) Angina pectoris (Brustschmerz bei Belastung)

b) Schwindel/Ohnmacht

c) Herzstolpern/Herzrasen

d) Ödeme (Wassereinlagerung, v.a. in den Beinen)

e) Luftnot bei flachem Liegen

### 3. Haben Sie eines der folgenden Symptome das Nervensystem betreffend?

a) Einschränkung Motorik (Beweglichkeit oder Kraft der Beine, Arme oder andere Körperteile)

b) Einschränkung Sensibilität (Gefühlsstörung)

c) Geruch- und/oder Geschmackstörung

d) Sehstörung

### 4. Haben Sie eines dieser Symptome?

a) Fieber

b) Nachtschweiss

c) Gewichtsverlust (letzte 3 Monate), wenn ja, wieviel:

d) Gewichtszunahme (letzte 3 Monate), wenn ja, wieviel:

- e) Gewichtsverlust (im Vgl. zu vor Covid-19), wenn ja, wieviel:
- f) Gewichtszunahme (im Vgl. zu vor Covid-19), wenn ja, wieviel:
- g) Appetitverlust
- h) Diarrhoe oder Obstipation

**5. Haben Sie Schmerzen?**

- a) Muskelschmerzen, wenn ja, wie oft:
- b) Gelenkschmerzen, wenn ja, wie oft:
- c) Kopfschmerzen, wenn ja, wie oft:

**Wenn ja, sehr werden Sie durch die Schmerzen beeinträchtigt (von 0: gar nicht, bis 5: sehr, bitte ankreuzen)**

- a) Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Ihre Alltagsaktivitäten? 0 1 2 3 4 5

**III. Fragen zu Vorerkrankungen**

**1. Leiden Sie unter einer chronischen Lungenerkrankung?**

- a) Asthma
- b) COPD
- c) Lungenfibrose
- d) Lungenhochdruck / pulmonale Hypertonie
- e) Schlafapnoe
- f) andere

**2. Leiden Sie unter einer Herz-Kreislauf-Erkrankung?**

- a) Bluthochdruck
- b) KHK (Durchblutungsstörung des Herzens)
- c) Durchgemachter Herzinfarkt
- d) Herzrhythmusstörungen
- e) Herzinsuffizienz
- f) pAVK (Durchblutungsstörung der Beine)
- g) Karotisstenose (Verengung der Halsschlagader)
- h) andere

**3. Leiden Sie unter einer neurologischen Erkrankung?**

- a) Durchgemachte transitorisch ischämische Attacke (TIA) (Vorrübergehende Durchblutungseinschränkung des Gehirns)
- b) Durchgemachter Schlaganfall
- c) Andere

**10. Hatten oder haben Sie eine Tumorerkrankung?**

Ja / nein, wenn ja, welche:

**11. Leiden Sie an Diabetes mellitus? Wenn ja:**

- a) Wann war die Erstdiagnose?
- b) An welchem Typ Diabetes leiden Sie (Typ I oder Typ II)?
- c) Gibt es eine Insulintherapie? ja / nein
- d) Nehmen Sie orale Antidiabetika (z.B. Metformin)? ja / nein
- e) Gibt es Diabetes-spezifische Komplikationen (z.B. Durchblutungsstörungen)? ja / nein

**12. Leiden Sie an einer Fettstoffwechselstörung?**

Ja / nein, wenn ja welche:

**13. Leiden Sie an einer chronischen Nierenerkrankung?**

Ja / nein, wenn ja welche

**14. Leiden Sie an einer chronischen Lebererkrankung?**

Ja / nein, wenn ja welche

**15. Leiden Sie unter einer chronischen Magenentzündung oder Sodbrennen?**

Ja / nein, wenn ja welche

**16. Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen der Gallenblase oder Gallenwege?**

Ja / nein, wenn ja welche

**17. Leiden Sie unter einer rheumatologischen/immunologischen Erkrankung?**

Ja / nein, wenn ja welche

**18. Leiden Sie unter einer chronischen hämatologischen Erkrankung?**

Ja / nein, wenn ja welche

**9. Haben Sie Allergien? Wenn ja, wogegen?**

- a) Inhalative Allergene (z.B. Pollen, Hausstaub)
- b) Nahrungsmittel (z.B. Nüsse, Zöliakie)
- c) Andere
- e) Welche Symptome haben Sie (z.B. Asthma, Augentränen, Hautausschlag)?

**IV. Fragen zu Therapien und Lebensumständen**

**1. Ist eine SARS-CoV-2 Impfung erfolgt?**

- a) Datum der 1. SARS-COV-2 Impfung:
- b) Datum der 2. SARS-COV-2 Impfung:
- c) Datum der 3. SARS-COV-2 Impfung:

**2. Hatten Sie eine Reha-Maßnahme nach der Covid-19 Erkrankung?**

ja / nein, wenn ja, welche und wo:

**3. Nehmen Sie Medikamente (bitte ggf. mit Arzt zusammen beantworten)?**

- a) Blutverdünner (außer Aspirin)
- b) ACE-Hemmer (z.B. Ramipril)
- c) Beta-Blocker (z.B. Bisoprolol)
- d) Wassertabletten (z.B. Torasemid)
- e) Inhalativa (z.B. Sprays für Asthma/COPD)
- f) Immunsuppressiva (auch orales Kortison)
- g) Antidepressiva
- h) andere

**4. Haben Sie eine Sauerstofftherapie?**

Ja / nein, wenn ja: a) Dauer (h/Tag)      b) Dosis (l/min)      , seit (Datum):

### 5. Angaben zum Rauchverhalten

a) Haben Sie jemals regelmässig geraucht oder rauchen Sie regelmässig? ja / nein

Für ehemalige Raucher:

a) Wie viele Jahre haben Sie regelmäßig geraucht?

b) Wie viele Zigaretten haben Sie im Durchschnitt am Tag geraucht?

c) Bis wann haben Sie geraucht?

Für aktive Raucher:

c) Seit wievielen Jahren rauchen Sie regelmäßig?

d) Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Durchschnitt am Tag?

e) Rauchen Sie E-Zigaretten? ja / nein

### 6. Angaben zum Alkoholkonsum

a) An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol?

b) Wieviel Alkohol (Bier, Wein, Schnaps) trinken Sie pro Woche Menge?

### 7. Konsumieren Sie andere Drogen?

### 8. Sind in Ihrer Familie folgenden Erkrankungen bekannt?

a) Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wenn ja, welche:

b) Lungenerkrankungen, wenn ja, welche:

c) andere, wenn ja, welche:

### 9. Welchen Beruf üben Sie aus, oder haben Sie ausgeübt?

### 10. Familienstand

Ledig

Verheiratet

Verwitwet

Anzahl der Kinder:

## V. Fragen zu psychischem Wohlbefinden

### 1. Fragen zu chronischer Müdigkeit (Chandler Fatigue Scale)

- a) Ist Müdigkeit ein Problem für Sie? ja / nein
- b) Müssen Sie öfter ausruhen? ja / nein
- c) Fühlen Sie sich müde oder schläfrig? ja / nein
- d) Haben Sie Schwierigkeiten, Dinge in Angriff zu nehmen? ja / nein
- e) Mangelt es Ihnen an Energie? ja / nein
- f) Haben Sie weniger Kraft in Ihren Muskeln? ja / nein
- g) Fühlen Sie sich schwach? ja / nein
- h) Fällt es Ihnen schwer, sich zu konzentrieren? ja / nein
- i) Passieren Ihnen Versprecher beim Reden? ja / nein
- j) Fällt es Ihnen schwer, klar zu denken? ja / nein
- k) Wie ist Ihr Gedächtnis? ja / nein
- l) Falls Sie zurzeit müde bzw. erschöpft sind, geben Sie bitte ungefähr an, seit wann dieser Zustand besteht \_\_\_\_\_
- m) Wie groß ist der Anteil Ihrer Zeit, in der Sie sich müde fühlen? \_\_\_\_\_

### 2. Fragen zur Teilhabe an sozialen Rollen und Aktivitäten

- a) Es fällt mir schwer, allen meinen regelmäßigen Freizeitaktivitäten mit anderen nachzugehen: ja / nein
- b) Es fällt mir schwer, allen Aktivitäten nachzugehen, die ich mit meiner Familie machen möchte: ja / nein
- c) Es fällt mir schwer, meine gewohnte Arbeit zu erledigen (einschließlich der Arbeit zu Hause): ja / nein
- d) Es fällt mir schwer, allen Aktivitäten nachzugehen, die ich mit meinen Freunden machen möchte: ja / nein

### 3. Ist Ihr Schlaf beeinträchtigt?

- a) Meine Schlafqualität ist gut: ja / nein
- b) Mein Schlaf ist erfrischend: ja / nein
- c) Ich habe Schlafprobleme: ja / nein
- d) Ich habe Schwierigkeiten einzuschlafen: ja / nein

**4. Haben Sie Angst?**

- a) Ich fürchte mich: ja / nein
- b) Ich finde es schwer, auf etwas anderes zu achten als auf meine Angst: ja / nein
- c) Meine Sorgen überwältigen mich: ja / nein
- d) Ich fühle mich unruhig: ja / nein

**5. Fühlen Sie sich depressiv?**

- a) Ich fühle mich wertlos: ja / nein
- b) Ich fühle mich hilflos: ja / nein
- c) Ich fühle mich niedergeschlagen: ja / nein
- d) Ich fühle mich hoffnungslos: ja / nein