UKGM UNIVERSITÄTSKLINIKUM MARBURG

Post-Covid Ambulanz

Datum: ___.___._____

Anmeldebogen Ambulanz für postinfektiöse Erkrankungen

1. Persönliche Daten des Patienten

Name _____

Vorname _____

Geb. Datum _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

Geschlecht _____

Größe _____

Gewicht _____

Krankenversicherung _____ ◯ Privat

2. Zuweisende Arztpraxis (verpflichtende Angabe für Rückfragen etc.)

Arzt _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Faxnummer _____

E-Mail-Adresse _____

_____

Unterschrift und Stempel des zuweisenden Arztes

3. Indikation

Post-COVID nach Infektion mit SARS-CoV-2	Post-Vac-Syndrom nach Impfung gegen SARS-CoV-2	Postinfektiöses Syndrom nach anderem Infekt
◯	◯	◯

3.1. Für Post-Covid-Patienten

Datum der Infektion: ____.____._____

Wie wurde die Infektion bestätigt?

PCR-Test	Antigen-Test/Schnelltest	Nur vermutet
◯	◯	◯

3.2. Für Post-Vac-Patienten

Datum der Impfung, welche die Symptome auslöste: ____.____._____

Mit welchem Impfstoff erfolgte die Impfung?

Biontech/Cominarty ◯
Moderna/Spikevax ◯
Astrazeneca/Vaxzevria ◯
Janssen/Johnson&Johnson ◯
Novavax ◯
Sonstiger Impfstoff ◯ _____

3.3. Für Patienten mit Auslösern unabhängig von SARS-CoV-2

Beginn der Symptome: ____.____._____

Auslöser der Symptome: _____

Unbekannt: ◯

3.4. Für alle Patienten

Bitte nennen Sie die 5 Symptome, die den Patienten am meisten belasten:

_____

_____

_____

_____

_____

Vorerkrankungen:

_____

_____

_____

_____

Welche Medikamente nimmt der Patient derzeit ein:

_____

_____

_____

_____

Gab es weitere (nicht-medikamentöse) therapeutische Maßnahmen:

_____

_____

_____

_____

Wurde bei dem Patienten ME/CFS* diagnostiziert?
*Myalgische Enzephalitis/Chronic fatique Syndrom

Ja, gesichert	Ja, vermutet	Nein
○	○	○