

# Anamnesebogen Post-Covid

Name / Vorname	geb.

Meine Covid-19 Erkrankung war:

von:	bis:
------	------

leicht/schwer	O	O	O	O	O	O	Anmerkung: _____
	1	2	3	4	5	6	_____

Ich war aufgrund der Covid-Erkrankung:

O im Krankenhaus	O intensivpflichtig	O beatmet
------------------	---------------------	-----------

Aktuell bin ich:

O krankgeschrieben	O in Wiedereingliederung	O normal arbeitsfähig
--------------------	--------------------------	-----------------------

## ATEMBESCHWERDEN

**Kreuzen Sie nur die Symptome an, an denen Sie aktuell noch leiden:**

Brennen /Schmerzen im Brustkorb	O nie	O gering	O mittel	O stark
Kurzatmigkeit in Alltagssituationen	O nie	O gering	O mittel	O stark
Kurzatmigkeit unter Belastung	O nie	O gering	O mittel	O stark
Husten	O nie	O gering	O mittel	O stark
Verschleimung	O nie	O gering	O mittel	O stark
Sonstige: _____		O gering	O mittel	O stark

## KÖRPERLICHE BELASTUNGSFÄHIGKEIT

Ich kann in gemäßigttem Tempo über folgenden Zeitraum Spazierengehen:

	Minuten
	%
Leistungsvermögen	

Belastungen wie Spazierengehen, Joggen etc. liegen im Vergleich zu vorher bei ca.

Ich treibe normalerweise folgende Sportarten:

Kommentar zum aktuellen Zustand:

### **NEUROLOGISCHE SYMPTOME**

**Kreuzen Sie nur die Symptome an, an denen Sie aktuell noch leiden:**

Kopfschmerzen	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark
Schwindel	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark
Sprach-, Sprech-, Wortfindungsstörungen	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark
Lähmungen / Sensibilitätsstörungen	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark
Koordinations-/ Gangstörungen	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark
Schmerzen	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark
Sonstige: _____		<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark

### **KOGNITIVE BELASTBARKEIT**

**Kreuzen Sie nur die Symptome an, an denen Sie aktuell noch leiden:**

Probleme mit der Konzentrationsfähigkeit	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark
Probleme mit der Merkfähigkeit / Kurzzeitgedächtnis	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark
Sonstige: _____		<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark

### **PSYCHISCHE PROBLEME**

**Kreuzen Sie nur die Symptome an, an denen Sie aktuell noch leiden:**

Angstzustände	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark
Depressive Verstimmung	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark
Unruhe / Nervosität	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark
Sonstige: _____		<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark

### **SCHLAFSTÖRUNGEN**

**Kreuzen Sie nur die Symptome an, an denen Sie aktuell noch leiden:**

Einschlafstörung	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark
Durchschlafstörung	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark
Sonstige: _____		<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark

### **ERSCHÖPFUNG / FATIGUE**

**Kreuzen Sie nur die Symptome an, an denen Sie aktuell noch leiden:**

In Alltagssituationen	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark
Probleme mit der Merkfähigkeit / Kurzzeitgedächtnis	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> gering	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark

**GESCHMACKSSINN**

Mein Geschmackssinn <b>war:</b>	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> vermindert/verändert	<input type="radio"/> komplett eingeschränkt
Mein Geschmackssinn <b>ist:</b>	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> vermindert/verändert	<input type="radio"/> komplett eingeschränkt

**GERUCHSSINN**

Mein Geruchssinn <b>war:</b>	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> vermindert/verändert	<input type="radio"/> komplett eingeschränkt
Mein Geruchssinn <b>ist:</b>	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> vermindert/verändert	<input type="radio"/> komplett eingeschränkt

**Sonstige Probleme / Symptome:**

---



---



---



---

**Zusammenfassend fühle ich mich aufgrund folgender Symptome am meisten eingeschränkt:**

---



---



---



---

**Folgende Therapien habe ich bisher erhalten:**

---



---



---

**Folgende Dinge / Umstände verstärken meine Symptome:**

---

---

---

---

**Folgende Dinge / Umstände verbessern meine Symptome:**

---

---

---

---

**Meine Ziele sind:**

---

---

---

---

Datum: \_\_\_\_\_

**VIELEN DANK!**