Anamnesebogen Post/Long Covid - PCC

Name:

Geb. am:

**Wann war die Covid Erkrankung?**

Festgestellt am:

Zeitpunkt der Impfung(en):……………………

**Verlauf**

O ohne Symptome -O milder Verlauf O schwerer Verlauf

O Klinikaufenthalt (Dauer) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O intensivpflichtig mit Intubation (Dauer):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O intensivpflichtig ohne Intubation

O Reha-Aufenthalt (Dauer):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Welche Klinik (Dauer):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Welche Behandlungsschwerpunkte?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Symptome damals**

O Husten O Schnupfen O Fieber O Verlust/Veränderung des Geruchs-und/oder Geschmackssinn O Magen-/Darmproblematik O Kopfschmerzen O Gliederschmerzen O Muskelschmerzen

Andere:

**Aktueller Gesundheitsstatus**

O ich habe noch Beschwerden \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O ich habe Symptome, die neu aufgetreten sind:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O worin fühlen Sie sich in Ihrem Alltag am meisten beeinträchtigt?

O Wie hoch ist Ihr Leidensdruck:

O1 O2 O3 O4 O5 1 = sehr gering; 5 = sehr hoch)

**Alltag**

O Ich bin derzeitig voll berufstätig/Teilzeit berufstätig: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stunden

O ich bin in der Wiedereingliederungsphase mit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stunden

O Ich bin derzeit im Krankenstand: seit\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O ich fühle mich deutlich/wenig/kaum eingeschränkt in meinem Alltag

O ich kann alle Aktivitäten durchführen, die ich geplant habe

**Welche Symptome bemerken Sie jetzt?**

OFatigue/Erschöpfung O Husten O Verlust/Veränderung des Geruchs- und/oder Geschmackssinn

O Konzentrationsschwierigkeiten O Schlafstörung O Wortfindungsstörungen O Atemprobleme O Probleme mit der Stimme O Stechen, Druckgefühl in der Brust

O Andere:

**Schlaf**

O Probleme mit dem Einschlafen

O Probleme mit dem Durchschlafen

O Sind die Schlafprobleme neu aufgetreten: O ja O nein

**Essen/Trinken**

O Gewichtsverlust\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in welchem Zeitraum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O Appetit: O gesteigert O vermindert seit wann:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Verspüren Sie eine eingeschränkte Belastbarkeit?**

O körperlich:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O psychisch/mental:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O emotional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seit wann erleben Sie diese eingeschränkte Belastbarkeit?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein (Medikamentenplan)?**

**Welche Vorerkrankungen haben Sie?**

**Haben Sie aktuell noch weitere Therapien?**

O Ja (Welche und wie oft in der Woche):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O Nein

**Untersuchungen**

Welche Untersuchungen, welche Diagnostik wurde durchgeführt?

Wann?

Durch wen?

**Was tut Ihnen derzeit gut?**

**Aktueller Vorstellungs-/Therapiegrund – Logopädie:**